cerfa
N° 14880*01

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

VOLET 1
Exemplaire n° 1
destiné
à la préfecture

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

1 À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE

1-1

Nom de naissance
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance Jour Mois Année Sexe : Femme ☐ Homme ☐ Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse
N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit - Boîte postale)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

1-2

Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)

☐ Taxi ☐ Ambulance ☐ Voiture de remise ☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes

☐ Transport public à moto ☐ Véhicule de tourisme avec chauffeur ☐ Enseignant de la conduite

1-3

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le : / /

☐ **Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.**

SIGNATURE DU DEMANDEUR

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

PHOTOGRAPHIE

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)

N° d'agrément(s)

☐ Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

☐ REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s) _____

certifie(nt) que ☐ M. ☐ Mme _____
après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ▶

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

réf. 501 340 **Berger-Levrault** (1301), tel. : 03 83 38 83 83

cerfa
N° 14880*01

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

VOLET 1
Exemplaire n° 2
destiné
au médecin

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

1 À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE

1-1

Nom de naissance
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance Jour Mois Année Sexe : Femme ☐ Homme ☐ Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse
N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit - Boîte postale)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

1-2

Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)

☐ Taxi ☐ Ambulance ☐ Voiture de remise ☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes

☐ Transport public à moto ☐ Véhicule de tourisme avec chauffeur ☐ Enseignant de la conduite

1-3

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le : / /

☐ **Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.**

SIGNATURE DU DEMANDEUR

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

PHOTOGRAPHIE

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)

N° d'agrément(s)

☐ Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

☐ REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s) _____

certifie(nt) que ☐ M. ☐ Mme _____
après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ▶

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

réf. 501 340 **Berger-Levrault** (1301), tel. : 03 83 38 83 83

cerfa
N° 14880*01

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

VOLET 1
Exemplaire n° 3
destiné
au demandeur

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

1 À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE

1-1

Nom de naissance
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance Jour Mois Année Sexe : Femme ☐ Homme ☐ Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse
N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit - Boîte postale)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

1-2

Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)

☐ Taxi ☐ Ambulance ☐ Voiture de remise ☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes

☐ Transport public à moto ☐ Véhicule de tourisme avec chauffeur ☐ Enseignant de la conduite

1-3

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le : / /

☐ **Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.**

SIGNATURE DU DEMANDEUR

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

PHOTOGRAPHIE

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)

N° d'agrément(s)

☐ Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

☐ REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s) _____

certifie(nt) que ☐ M. ☐ Mme _____
après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ▶

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

réf. 501 340 **Berger-Levrault** (1301), tel. : 03 83 38 83 83

cerfa
N° 14880*01

AVIS DU OU DES MÉDECINS

VOLET 2
Exemplaire n° 1
destiné
à la préfecture

2 **Usager examiné :** NOM _____ PRÉNOM _____ Né(e) le _____

☐ En cabinet médical ☐ En commission médicale primaire ☐ En commission médicale d'appel

☐ Autre structure médicale (préciser) : _____

3 Examens complémentaires demandés le _____ Tests psychotechniques réalisés le _____

4 **4-1** Après contrôle médical, le médecin _____, consultant hors commission médicale :

☐ NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

4-2 Le(s) médecin(s) _____

et _____ agréé(s) par

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

GROUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B1 ☐ B ☐ BE ☐

☐ Taxi ☐ Ambulance ☐ Voiture de remise
☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes
☐ Transport public à moto ☐ Véhicule de tourisme avec chauffeur

☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation

☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et
à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non

☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- ☐ dispositif de correction de la vision
- ☐ port d'un appareil de prothèse
- ☐ conduite d'un véhicule aménagé
- ☐ dispense du port de la ceinture de sécurité

☐ **INAPTE**

Observations :

GROUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

C1 ☐ C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE ☐

☐ Enseignement de la conduite

☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation

☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et
à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non

☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- ☐ dispositif de correction de la vision
- ☐ port d'un appareil de prothèse
- ☐ conduite d'un véhicule aménagé
- ☐ dispense du port de la ceinture de sécurité

☐ **INAPTE**

Observations :

5 **DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**

Je soussigné(e), ☐ M. ☐ Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

6 Fait le : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

(4) Représentant légal si mineur

réf. 501 340 **Berger-Levrault** (1301), tel. : 03 83 38 83 83

cerfa
N° 14880*01

AVIS DU OU DES MÉDECINS

VOLET 2
Exemplaire n° 2
destiné
au médecin

2 **Usager examiné :** NOM _____ PRÉNOM _____ Né(e) le _____

☐ En cabinet médical ☐ En commission médicale primaire ☐ En commission médicale d'appel

☐ Autre structure médicale (préciser) : _____

3 Examens complémentaires demandés le _____ Tests psychotechniques réalisés le _____

4 **4-1** Après contrôle médical, le médecin _____, consultant hors commission médicale :

☐ NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

4-2 Le(s) médecin(s) _____

et _____ agréé(s) par

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

GROUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B1 ☐ B ☐ BE ☐

☐ Taxi ☐ Ambulance ☐ Voiture de remise
☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes
☐ Transport public à moto ☐ Véhicule de tourisme avec chauffeur

☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation

☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non

☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- ☐ dispositif de correction de la vision
- ☐ port d'un appareil de prothèse
- ☐ conduite d'un véhicule aménagé
- ☐ dispense du port de la ceinture de sécurité

☐ **INAPTE**

Observations :

GROUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

C1 ☐ C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE ☐

☐ Enseignement de la conduite

☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation

☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non

☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- ☐ dispositif de correction de la vision
- ☐ port d'un appareil de prothèse
- ☐ conduite d'un véhicule aménagé
- ☐ dispense du port de la ceinture de sécurité

☐ **INAPTE**

Observations :

5 **DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**

Je soussigné(e), ☐ M. ☐ Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

6 Fait le : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

(4) Représentant légal si mineur

réf. 501 340 **Berger-Levrault** (1301), tel. : 03 83 38 83 83

cerfa
N° 14880*01

AVIS DU OU DES MÉDECINS

VOLET 2
Exemplaire n° 3
destiné
au demandeur

2 **Usager examiné :** NOM _____ PRÉNOM _____ Né(e) le _____

☐ En cabinet médical ☐ En commission médicale primaire ☐ En commission médicale d'appel

☐ Autre structure médicale (préciser) : _____

3 Examens complémentaires demandés le _____ Tests psychotechniques réalisés le _____

4 **4-1** Après contrôle médical, le médecin _____, consultant hors commission médicale :

☐ NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

4-2 Le(s) médecin(s) _____

et _____ agréé(s) par

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

GROUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B1 ☐ B ☐ BE ☐

☐ Taxi ☐ Ambulance ☐ Voiture de remise
☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes
☐ Transport public à moto ☐ Véhicule de tourisme avec chauffeur

☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation

☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et
à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non

☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- ☐ dispositif de correction de la vision
- ☐ port d'un appareil de prothèse
- ☐ conduite d'un véhicule aménagé
- ☐ dispense du port de la ceinture de sécurité

☐ **INAPTE**

Observations :

GROUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

C1 ☐ C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE ☐

☐ Enseignement de la conduite

☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation

☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et
à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non

☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- ☐ dispositif de correction de la vision
- ☐ port d'un appareil de prothèse
- ☐ conduite d'un véhicule aménagé
- ☐ dispense du port de la ceinture de sécurité

☐ **INAPTE**

Observations :

5 **DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**

Je soussigné(e), ☐ M. ☐ Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

6 Fait le : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

(4) Représentant légal si mineur

réf. 501 340 **Berger-Levrault** (1301), tel. : 03 83 38 83 83