



N° 11246*02

DEMANDE DE PERMIS DE CONDUIRE

(articles R.221-1 à R. 221-14, R. 221-19, R. 223-14 et R. 224-20 du code de la route)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

PRÉFECTURE

Service des Permis de conduire

Réf. **02**

M.	Mme	Mlle	(1)

NOM (nom de naissance)

PRÉNOMS

NOM D'ÉPOUX (s'il y a lieu)

DATE DE NAISSANCE

JOUR

MOIS

ANNÉE

LIEU DE NAISSANCE

COMMUNE (pour les grandes villes, indiquer s'il y a lieu le n° d'arrondissement)

Département

PAYS POUR L'ÉTRANGER - DÉPARTEMENT OU TERRITOIRE POUR L'OUTRE-MER

LIEU DE RÉSIDENCE

ADRESSE COMPLÈTE

CODE POSTAL

COMMUNE

Catégorie de permis demandée (1)

 A A1 B B1 E8 C Ec D Ed

Le candidat doit-il conduire un véhicule aménagé? (1)

 OUI NON

Est-il titulaire d'un permis d'une (ou de plusieurs) autre(s) catégorie(s)? (1)

 OUI NON

Si oui, catégorie(s) déjà obtenue(s)

Premier permis obtenu le

JOUR

MOIS

ANNÉE

à

LE CANDIDAT :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • est en instance d'examen : - dans le même ou un autre département - pour la même ou une autre catégorie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • est sous le coup d'une mesure de suspension du permis de conduire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • a fait l'objet d'une mesure d'annulation du permis de conduite ou d'une perte totale de points | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • comprend-il et lit-il couramment le français ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LE CANDIDAT EST :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • porteur d'un dispositif de correction de la vision (verres correcteurs, lentilles de contact...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • atteint de la perte de la vision d'un oeil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • atteint à sa naissance d'une affection susceptible d'être incompatible avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire, ou de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de validité limitée (liste des incapacités physiques : cardiologie, vision, oto-rhino-laryngologie, neurologie, épilepsie, rein, diabète sucré) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • atteint d'une infirmité d'un ou plusieurs membres (liste des incapacités physiques) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • titulaire d'une pension d'invalidité civile ou militaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • exempté ou réformé du service national | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LE CANDIDAT A-T-IL CHOISI :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • de suivre une formation selon la formule de l'apprentissage anticipé de la conduite (A.A.C.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné, **candidat**, déclare sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts **et que je ne suis sous le coup d'aucune restriction du droit de conduire m'interdisant une présentation à l'examen.**

A _____, le _____ Signature

Pour les mineurs non émancipés

Je soussigné(e) _____ né(e) le _____ demeurant à _____

agissant en qualité de (rayer les mentions inutiles) père, mère, tuteur, représentant légal, autorité qui a la garde du candidat (2) déclare sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts et l'autorise à se présenter aux épreuves de l'examen du permis de conduire.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception :

A _____ Signature
le _____

Tout permis de conduire obtenu frauduleusement sera immédiatement retiré, sans préjudice des poursuites pénales encourues aux termes des articles 441-6 et 441-10 du Code pénal.

- (1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s) :
- pour la catégorie A, ajouter un R s'il s'agit de l'accès progressif (P 25 kW et r 0,16 kW/kg);
 - pour les catégories C et Ec, ajouter un R (poids total > 7,5T) si le candidat a entre 18 et 21 ans;
 - pour la catégorie D, rajouter un R si mention 50 km doit être portée sur le permis

(2) Pièces justificatives : _____

CACHET DE L'AUTO-ÉCOLE (s'il y a lieu)

Agrafer ici les photographies d'identité, celle restant à ce dossier doit être recouverte en partie par le cachet de la Préfecture

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la préfecture où la demande a été déposée (cf. art. L. 225-3 du code de la route).

T.S.V.P. ▶

Les docteurs en médecine _____
 membres de la Commission médicale _____ du permis de conduire,
 après examen du candidat, affirment que celui-ci est, au point de vue physiologique et au regard de la liste des incapacités
 physiques incompatibles avec la délivrance du permis de conduire :

APTE DÉFINITIF APTE TEMPORAIRE INAPTE

pour la catégorie : _____ pour une durée de : _____

Fait à _____ le _____

Signature des médecins ►

Obligation du port :

- d'un dispositif de correction de la vision
- d'un appareil de prothèse
- membre supérieur D
- membre supérieur G
- membre inférieur D
- membre inférieur G
- Conduite d'un véhicule aménagé
- Rétroviseurs bilatéraux

Ce certificat n'est valable que deux ans à compter de la date de sa délivrance, sauf restrictions.

Mettre une croix dans la case correspondant à la réponse.

(1) Rayer les mentions inutiles

EXAMENS

Coller ici et oblitérer par signature le timbre fiscal	1 de _____ du _____ (1) THÉORIE - PRATIQUE _____ (1) Absent - Excusé - Non excusé Favorable - Défavorable Date de réception par le répartiteur Cat. Ind.	Centre Inspecteur(s) Examen	2 de _____ du _____ (1) THÉORIE - PRATIQUE _____ (1) Absent - Excusé - Non excusé Favorable - Défavorable _____ Cat. Ind. Date de réception par le répartiteur	Coller ici et oblitérer par signature le timbre fiscal
	Signatures	Signatures		
Coller ici et oblitérer par signature le timbre fiscal	3 de _____ du _____ (1) THÉORIE - PRATIQUE _____ (1) Absent - Excusé - Non excusé Favorable - Défavorable Date de réception par le répartiteur Cat. Ind.	Centre Inspecteur(s) Examen	4 de _____ du _____ (1) THÉORIE - PRATIQUE _____ (1) Absent - Excusé - Non excusé Favorable - Défavorable _____ Cat. Ind. Date de réception par le répartiteur	Coller ici et oblitérer par signature le timbre fiscal
	Signatures	Signatures		
Coller ici et oblitérer par signature le timbre fiscal	5 de _____ du _____ (1) THÉORIE - PRATIQUE _____ (1) Absent - Excusé - Non excusé Favorable - Défavorable Date de réception par le répartiteur Cat. Ind.	Centre Inspecteur(s) Examen	6 de _____ du _____ (1) THÉORIE - PRATIQUE _____ (1) Absent - Excusé - Non excusé Favorable - Défavorable _____ Cat. Ind. Date de réception par le répartiteur	Coller ici et oblitérer par signature le timbre fiscal
	Signatures	Signatures		
Coller ici et oblitérer par signature le timbre fiscal	7 de _____ du _____ (1) THÉORIE - PRATIQUE _____ (1) Absent - Excusé - Non excusé Favorable - Défavorable Date de réception par le répartiteur Cat. Ind.	Centre Inspecteur(s) Examen	8 de _____ du _____ (1) THÉORIE - PRATIQUE _____ (1) Absent - Excusé - Non excusé Favorable - Défavorable _____ Cat. Ind. Date de réception par le répartiteur	Coller ici et oblitérer par signature le timbre fiscal
	Signatures	Signatures		