

Tutoriel PERMIS DE CONDUIRE

Pour ceux qui conduisent encore...

Selon le décret paru le 28 mars 2022 au JORF, concernant la pratique de la conduite automobile, vous n'ignorez pas que les malades atteints de maladie neuro-dégénérative sont censés mettre à jour leur permis de conduire, notamment en passant devant un médecin agréé par la préfecture de leur département, ceci dès qu'ils ont connaissance du diagnostic.

Vous pouvez trouver le texte complet [ici](#) (page 1)

Alors, chacun est libre de penser ce qu'il veut de ce décret, mais, en attendant les résultats d'un recours déposé par un collectif d'associations de malades (dont France Parkinson) auprès du ministère des transports, ce décret est applicable :

- ce qui veut dire que, sans mention de l'aptitude médicale à conduire sur le permis, nous sommes hors-la-loi
 - ceci est surtout problématique en cas d'accident, responsable ou non, corporel ou non.
 - ceci implique que votre assurance, ou celle de la partie adverse peut considérer que vous n'étiez pas apte à conduire, et, par conséquent, ne pas prendre en charge les dégâts corporels et matériels causés... à autrui comme à soi-même, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques.

Le seul moyen d'être en conformité est donc de demander l'avis d'un médecin agréé par la préfecture.

Cela relève de la responsabilité de chacun d'entre nous.

Après votre passage chez le médecin, il vous faut entrer en contact avec la préfecture afin de mettre à jour votre permis de conduire.

La plupart des démarches se font en ligne.

C'est dans cette optique que j'ai fait ce tutoriel qui peut paraître rébarbatif, mais qui est surtout destiné à bien préparer sa demande afin qu'elle aboutisse rapidement.

**Ne vous découragez pas !
Ne faites pas l'autruche !
N'abandonnez rien !**



FRANCE
PARKINSON
Chaque pas est une conquête

TUTORIEL PERMIS DE CONDUIRE

1 ère étape :

Prendre rendez-vous chez un médecin agréé par la préfecture pour déterminer l'aptitude à conduire.

- La liste des médecins est disponible gratuitement sur le site internet de votre préfecture ou sur doctolib.
- Votre médecin traitant ne doit pas être celui qui détermine votre aptitude à conduire, pour une question de conflit d'intérêts
- La consultation est payante, soumise à honoraires libres avec « tact et modération », non remboursable par la sécurité sociale, mais il faut demander au médecin un reçu pour se faire rembourser auprès de la Préfecture. Pour cela, il suffirait de l'envoyer en lettre simple aux services de la Préfecture en joignant un justificatif de votre situation de handicap (RQTH, notification d'invalidité, etc). Je n'ai pas testé.
- Le médecin vous délivrera le formulaire CERFA 14880*02 avec ses conclusions.

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL
(Art. R. 215-2, R. 221-10 à R. 221-16-1, R. 229-10 et R. 229-1 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifiant relatif à l'application du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

STAT CIRE ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR À REMPLIR À ENCREURE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI MAJUSCULE

N°14880*02

1 Nom et prénom : [REDACTE]

Prénom(s) : [REDACTE]

Nom d'état ou nom à l'étranger : [REDACTE]

Date de naissance : Jour [REDACTE] Mois [REDACTE] Année [REDACTE]

Commune de naissance : [REDACTE]

Sexe : Femelle Homme Télephone : [REDACTE]

Document auquel s'adjoindre : [REDACTE] 068

Pays : FRANCE

Adresse : Nr. no à visé [REDACTE] Orientation : [REDACTE] Type de voirie : [REDACTE], [REDACTE], [REDACTE]

Complément d'adresse : [REDACTE]

Code postal : [REDACTE] Commune : [REDACTE]

Country (International) : [REDACTE]

2 Vérifiez la demande d'avis médical : Remplacement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou invalidation Autre

Catégorie(s) de permis déjà délivrée(s) : A1 A2 A3 B BE CL CIE C SE PA PES D BE

Catégorie(s) de permis ou temporaire pour l'avis médical : A1 A2 A3 D BE CL CIE C SE PA PES D BE

Activité(s) pour laquelle(s) exercé(s) : Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignement de la conduite

AVIS DU OU DES MÉDECINS

3 Méthodes du contrôle médical : En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : [REDACTE]

Examen psychotechnique réalisé le : [REDACTE]

4 Lieu(s) médecine(s) : [REDACTE]

Le(s) préfet(s) ou (e) délégué(e)s n° [REDACTE] , après contrôle médical de l'avis(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des autorisations médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

5 APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation
 APTE temporaire pour une durée de validité fixée à déterminer par la commission médicale : oui non Groupe léger Groupe lourd 5 ANS (c'est ce que suis) et Observations : [REDACTE]

APTE avec les restrictions ou dispositions suivantes :
 dispositif de correction et/ou protection de la vision
 autres
 INAPTE

6 Après avis médical, le médecin agréé, consulte la commission médicale : ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire

7 DECLARATION EN CAS D'AVIS D'INAPTITUDE TEMPORAIRE, D'INAPTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE
Je soussigné(e), [REDACTE] N°[REDACTE] déclare avoir pris connaissance des motifs d'avis médical qui ont entraîné l'avis d'inaptitude temporaire, stipulée avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

8 Date : 06/02/2023

Signature de l'usager (A l'usage du contrôle médical)
Représentant légal si mineur : [REDACTE]

Signature de [REDACTE]

Il vous appartiendra de faire la démarche de déclaration à la Préfecture via le site internet de l'Agence Nationale des Titres Sécurisés (ANTS)

2 ème étape :
préparer sa connexion au site de l'ANTS.

La préfecture va vous délivrer un nouveau permis de conduire établi en fonction des restrictions prononcées par le médecin agréé. Pour cela, vous devrez transmettre un certain nombre de documents, qu'il vaut mieux avoir préparé et à disposition, si possible au format .pdf ; il vous faudra :

- **le CERFA 14880*02** rempli à l'étape 1 par le médecin agréé, numérisé en .pdf
- Une copie numérisée en .pdf de votre **carte d'identité** recto-verso ou de votre **passeport**
- Un **justificatif de domicile** (numérisé en .pdf)
- La copie du **Permis de conduire actuel**, numérisée en .pdf
- Des photos d'identité : si possible, faites des **e-photos**, dont seul le code à 22 caractères (9PM.....33) sera réclamé par l' ANTS ; il existe des photomatons qui offrent la possibilité de le faire ; ou alors, photographe agréé ; il faudra alors bien préciser que vous voulez des **e-photos**, pour le permis de conduire ; lors de la prise de vue, vous devrez **signer** cette e-photo ; cette signature sera également transmise à la préfecture pour figurer sur votre nouveau permis.



**Conservez ces documents à portée de souris sur votre bureau.
Ils vous seront réclamés lors de la demande de permis.**

3 è étape :
Se connecter au site de l'ANTS
<https://ants.gouv.fr/>

Voici la page d'accueil : cliquez sur « Se connecter »

REPUBLIC FRANÇAISE
Agence nationale des titres sécurisés

Professionnels de l'automobile Auto-écoles et CSSR Agents de mairie

Rechercher

Se connecter

Accueil Vos démarches Actualités L'Agence Contactez-nous Services Publics +

Bienvenue sur le site officiel de l'Agence nationale des titres sécurisés

Votre démarche concerne...

L'ANTS respecte vos données

Ce site web utilise exclusivement des cookies nécessaires au fonctionnement du site et des cookies de mesure d'audience. Ils sont anonymisés et ne contiennent aucune de vos données personnelles

Consulter le détail de ces cookies Lire notre politique de confidentialité

Votre compte

Je me connecte Je crée un compte

AVEC FRANCECONNECT

FranceConnect est la solution proposée par l'Etat pour sécuriser et simplifier la connexion à vos services en ligne.

S'identifier avec FranceConnect

Qu'est-ce que FranceConnect ?

Informations sur FranceConnect

Avec FranceConnect, ne créez plus de nouveaux comptes et réutilisez des identifiants que vous possédez déjà sur d'autres sites publics, pour accéder aux demandes en ligne sur le site de l'ANTS.

- Vous n'aurez plus besoin de jongler avec une multitude de comptes.
- FranceConnect ne stocke pas vos données personnelles.
- À chaque connexion, vous êtes informés par un courriel.

AVEC VOS IDENTIFIANTS ANTS

Identifiant

Mot de passe

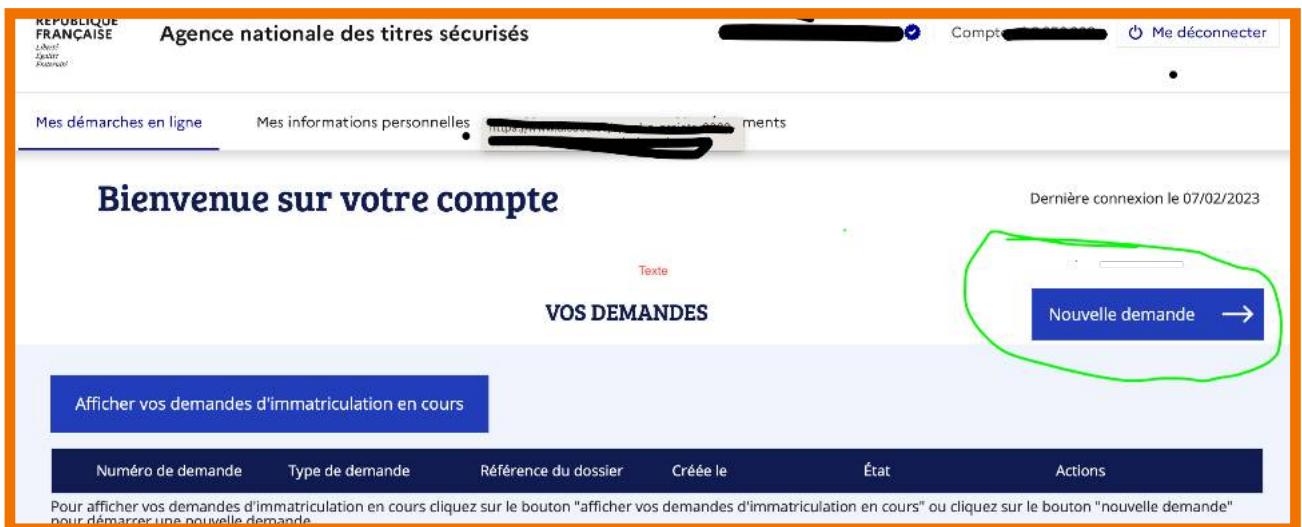
Cliquez ou sélectionnez l'image : Note de musique

Me connecter

Je n'ai pas encore de compte

- Soit vous disposez d'un compte ANTS : colonne de droite
- Soit vous disposez d'un identifiant France Connect : colonne de gauche
- Soit vous n'avez rien de tout cela et il vous faudra créer un compte (tout en bas à droite)

- une fois connecté, cliquer sur « nouvelle demande »



- puis « le permis de conduire »



- Et « Je commence la demande »

×

DÉMARRER UNE NOUVELLE DEMANDE

Vous souhaitez :

Demandeur un permis de conduire
[Modifier](#)

Commencer la demande

**Je commence
La demande** →

Puis « je demande la fabrication d'un titre de permis de conduire »

Bienvenue, [REDACTED]

PERMIS DE CONDUIRE

Mon compte > Nouvelle demande : Motif de la demande

Faire une nouvelle demande

1 Motif de demande 2 État civil 3 Adresse et contact 4 Photo / Signature 5 Pièces justificatives 6 Récapitulatif 7 Confirmation

Motif de la demande

* : Champs obligatoires

Je m'inscris pour pouvoir me présenter aux épreuves du permis de conduire ?

Je demande la fabrication d'un titre de permis de conduire ?

Je demande un permis de conduire international ?

Je demande l'échange ou l'enregistrement de mon permis de conduire étranger, ou obtenu dans une COM ?

Je souhaite signaler une erreur sur mon permis de conduire reçu il y a moins de 6 mois ?

Continuer

- **Ensuite :**

- vous effectuez la demande « pour une personne majeure émancipée »
- Il s'agit « d'une régularisation » (motif médical)

Faire une nouvelle demande

1 Motif de demande 2 État civil 3 Adresse et contact 4 Photo / Signature 5 Pièces justificatives 6 Récapitulatif 7 Confirmation

Motif de la demande

* : Champs obligatoires

You avez choisi de faire une demande de fabrication de permis de conduire.

Vous effectuez la demande * pour une personne majeure ou mineure émancipée ?
 pour une personne mineure ?

Il s'agit * d'une réussite à l'examen du permis de conduire
 d'un renouvellement de titre
 d'une conversion de brevet militaire
 d'une validation de diplôme professionnel
 d'une demande à la suite d'une invalidation ou d'une annulation de permis
 d'une demande à la suite d'une suspension de permis
 d'une régularisation (motif médical) ?

<< Retour Étape suivante >>

Puis il faudra remplir vos coordonnées

1 Motif de demande 2 État civil 3 Adresse et contact 4 Photo / Signature 5 Pièces justificatives 6 Récapitulatif 7 Confirmation

Adresse de la personne concernée par le titre

* : Champs obligatoires

N° de la voie
Extension (hie, ter, etc)
Type de voie (avenue, boulevard, etc)
Nom de la voie *
Complément d'adresse (étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit)
Code Postal *
Commune *

Coordonnées où l'on peut vous joindre

* : Champs obligatoires

Adresse méli. * [REDACTED] ? Nombre de caractères : 21
Téléphone portable (Recommandé) [REDACTED]
 Je possède un numéro de téléphone portable étranger ou d'une collectivité d'outre-mer.

Enregistrer << Étape précédente Étape suivante >>

État civil de la personne concernée par le titre

(*) : Champs obligatoires

Nom de famille de naissance * [REDACTED] (Nom figurant sur votre acte de naissance. S'il comporte un double tiret, remplacez ce double tiret par un espace)

Nom d'usage [REDACTED] (si nécessaire, ex : nom d'épouse. S'il comporte un double tiret, remplacez ce double tiret par un espace)

Sexe * Femme Homme

1^{er} prénom * [REDACTED] (Entrez vos prénoms dans l'ordre de l'état civil. Les prénoms combinés sont séparés par un tiret (ex : Jean-Pierre))

2^{ème} prénom [REDACTED]

3^{ème} prénom [REDACTED]

Date de naissance * [REDACTED] (JJ/MM/AAAA)

Pays de naissance * FRANCE

Département ou Collectivité d'outre-mer de naissance * Sélectionner...

Commune de naissance * Mulhouse

- Ensuite indiquer le code à 22 caractères figurant sur le e-photo : cela transmettra votre photo et votre signature à la préfecture.

PERMIS DE CONDUIRE

Bienvenue, [REDACTED]

Mon compte > Nouvelle demande : Photo/Signature

Faire une nouvelle demande

1 Motif de demande 2 État civil 3 Adresse et contact 4 Photo / Signature 5 Pièces justificatives 6 Récapitulatif 7 Confirmation

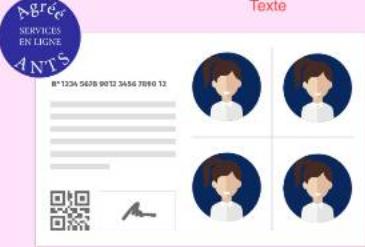
Photo et signature

Merci de sélectionner l'une des options ci-dessous

Je dispose d'une photo et d'une signature numérique – ([Plus rapide et sûr](#))

Saisissez votre code photo signature numérique [ci-dessous](#) :

1234 5678 9012 3456 7890 12



A noter :
Votre photo est de meilleure qualité et est transmise automatiquement à l'administration. Une fois votre démarche en ligne terminée, **vous n'avez plus rien à faire**.

À savoir : Pour trouver un service photo et signature numérique proche de chez vous, [cliquez ici](#)

Important : Pour certaines cabines photos, l'envoi du code au système central peut prendre plusieurs heures. Il est recommandé de patienter 24 à 48 heures pour utiliser le code.

Je dispose d'une photo d'identité classique

Vous ne disposez pas encore de photo d'identité ? [Localisez un photographe, une cabine agréée « photo et signature numérique »](#)

- **Justificatifs** : cette étape franchie, le site vous demandera de télé-verser les documents préparés à l'étape 2 (permis actuel, justificatif de domicile, carte d'identité ou passeport, CERFA du médecin)

- **Récapitulatif et confirmation** : Une fois ces pièces versées, arrivera l'étape du récapitulatif de la demande, qu'il faut relire et confirmer. Vous recevrez un mail de confirmation de la demande et pourrez télécharger un justificatif de votre demande ; le dossier sera instruit par la Préfecture et vous recevrez votre nouveau titre vous autorisant à conduire, mentionnant les restrictions émises par le médecin agréé.

4ème étape : attendre patiemment

- Il semblerait que ce soit assez rapide quand toutes les étapes sont respectées.

Tuto réalisé par le comité 67 de France Parkinson le 15/02/2023





LISTES MÉDECINS DE VILLE DU BAS-RHIN

Dernière mise à jour : 23/02/2023

ADRESSE	NOM-PRÉNOM	TÉLÉPHONE
ACHENHEIM 67204 - 2, rue des Coquelicots	SCHMITT Bertrand	03.88.96.58.85
BENFELD 67230 – 49, rue du Faubourg du Rhin	SCHLUND Eric	03.88.74.54.44
BISCHHEIM 67800 – 43 route de Bischwiller	GRUTTER Sabine	03.88.81.19.08
BISCHHEIM 67800 – 3 rue du Marais	RICATTE Olivier	06.72.24.87.05
BRUMATH 67170 – 17 rue Prosper Mérimée	NONNENMACHER Francis	03.88.51.92.92
DETTWILLER 67490 – 5a rue de l'Eglise	GRIES Jean Luc	03.88.71.90.05
DETTWILLER 67490 – 5a rue de l'Eglise	SCHLATTER Olivier	03.88.71.90.05
ECKBOLSHEIM 67201 – 61 rue de la Chênaie	MALL Georges	03.88.76.11.34
ERSTEIN 67150 – 43 rue du Primptems	PAILLER-PRADEAU Christophe	03.88.98.96.00
FEGERSHEIM 67640 – 29 rue de Lyon	JEAN Jacques	03.88.64.00.01
GRIESHEIM/MOLSHEIM 67870 – 49 rue du Général de Gaulle	GRIES Rémy	03.88.38.40.98
HAGUENAU 67500 – 6 rue de la Ferme Falk	DORFFER Patrick	03.88.93.35.79
HAGUENAU 67500 – 6 rue de la Ferme Falk	DUMOULIN Benoît	03.88.93.93.19
HAGUENAU 67500 – 23 Place du Marché aux Bestiaux	WOLFERMANN Guy	03.88.73.42.74
HATTEN 67690 – 5a rue des Seigneurs	ROUGERIE Fabien	03.88.80.00.73
HINDSHEIM 67150 – 15 rue de la Kaltau	MARTIN Colin	03.88.68.85.96
HOCHFELDEN 67270 – 2 rue des Bleuets	KOEBEL Thomas	03.88.00.55.22
LINGOLSHEIM 67380 – 1 rue de Touraine	CASPAR Thierry	03.88.77.17.77
MOLSHEIM 67120 – 5 allée Carl	HICKEL Jean Bernard	03.88.38.11.37
MORSBRONN LES BAINS 67360 – 37 route de Haguenau	MASCLET Patrick	03.88.54.06.05
MUTZIG 67190 – 19 rue du Maréchal Foch	COLIN Hervé	03.88.38.13.04
OBERNAI 67210 – 1 rue de la Sablière	DE TURCKHEIM Robert	03.88.95.18.28
OSTWALD 67540 – 1 rue de la Chapelle	GAGNIERE Hervé	03.88.30.28.61
REICHSHOFFEN 67110 – 12 rue de Haguenau	SCHERER Thierry	03.88.09.12.15
ROMANSWILLER 67310 – 1 rue des Cormiers	SCHMITT André	03.88.87.07.44
SAVERNE 67700 – 49 Grand'Rue	CONRAD Hubert	03.88.03.10.00
SAVERNE 67700 – 49 Grand'Rue	JARNOUX Bernadette	03.88.03.10.00
SAVERNE 67700 – 49 Grand'Rue	WINTZ Fabrice	03.88.03.10.00
SCHWINDRATZHEIM 67 270 – 33 rue des Vosges	PETITSEIGNEUR Jérémy	03.88.91.74.74
SEEBACH 67160 – 75 rue des Eglises	BATTUNG Laurent	03.88.94.70.70
SEEBACH 67160 – 18 route de Hunspach	WEINLING Jean-Christophe	03.88.73.32.20
SELESTAT 67600 – 6 Place de Tassigny	HEINTZ Bertrand	03.88.92.07.05

STRASBOURG 67200 – 17 rue Colette	BOUCON Michel	03.88.28.47.77
STRASBOURG 67200 – 17 rue Colette	JOLY Laure	03.88.28.47.77
STRASBOURG 67200 – 11 rue Watteau	PHILIPPS Alain	03.88.29.67.00
STRASBOURG 67100 – 9 rue du Rhône	KHADIVI Bardia	03.88.40.00.21
STRASBOURG 67000 – 26 Place de l'Esplanade	KHADIVI Mekameh	03.88.39.80.22
STRASBOURG 67000 – 9 boulevard de la Marne	LOUSQUI Charles	03.88.60.75.00
STRASBOURG 67000 – 8 place de la Gare	SELLAM Alain	03.88.75.61.51
STRASBOURG 67000 – 12 rue de Wissembourg	TOLEDANO Judah	03.88.32.46.42
STRASBOURG 67000 – 10 rue du Travail	WEINREBER Marie Françoise	03.88.32.65.22
STRASBOURG 67000 – 4, place du Pont aux Chats	SIMON Céline	03.88.21.14.65
STRASBOURG 67000 – 3A, boulevard Wilson	LEHMANN Hubert	06.09.75.76.04
WISCHES 67130 – 8 place des Sports	OTT Benjamin	03.88.97.42.70
WISSEMBOURG 67160 – 59 rue Nationale	LEIBEL Alain	03.88.54.20.82
WOERTH 67360 – 1A rue des Aulnes	SCHILT Vincent	03.88.54.03.11
WOLXHEIM 67120 – 13 rue des Vergers	KAUFFER Serge	03.88.48.59.59

1

ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

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 <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> 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.										
Complément d'adresse	Nom de la voie															
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)																
Code postal	Commune															
Courriel (Recommandé)																

2 Motif de la demande d'avis médical : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

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

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la conduite

AVIS DU OU DES MÉDECINS**3 Modalités du contrôle médical :**

En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : _____

3-1 Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

4 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 :

APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation

Groupe léger Groupe lourd

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

et

APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :

dispositif de correction et/ou protection de la vision
 autres

INAPTE

Groupe léger Groupe lourd

Observations :

6 Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire.

DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS 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.

8 Fait le : / /

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins



Questionnaire à remplir par l'usager avant le contrôle médical destiné exclusivement au médecin agréé ou à la commission médicale

A, le

1. Mon état civil

Nom :	Commune de naissance ¹ :
Prénom :
Date de naissance : / /	Profession :

2. Mon permis de conduire

Date de délivrance : / /

Catégorie(s) demandée(s) : AM A1 A2 A B B1 BE C1
C1E C CE D1 D1E D DE

Restrictions d'usage ou aménagements :

3. Motif de ma visite

Renouvellement périodique	<input type="checkbox"/>
Visite de contrôle	<input type="checkbox"/>
Demande de permis de conduire après invalidation ou annulation	<input type="checkbox"/>
Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route	<input type="checkbox"/>
Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation	
❖ d'alcool ? <input type="checkbox"/>	
❖ de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ? <input type="checkbox"/>	
Mon permis a-t-il déjà été :	❖ suspendu ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ❖ invalidé (<i>solde de points nul</i>) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ❖ annulé (<i>par le juge</i>) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date de ma précédente visite médicale : / /	

¹

Ou pays pour les personnes de nationalité étrangère.

4. Mon état de santé

4.1. Suivi

Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?	
Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?	
Dois-je prendre des médicaments chaque jour ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?	

4.2. Consommation d'alcool ou de drogues

A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) ?..... / verres	
Combien de verres « standard » (dose débit de boisson) m'arrive-t-il de boire au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool ? / verres	
Combien de fois dans l'année m'arrive-t-il de consommer plus de 5 doses standard en une seule occasion ? / an	
Est-ce que je consomme, même occasionnellement des substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne ou autres...) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

4.3. Mon État général

Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant (accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté pour apprécier les vitesses ou les distances, je me trompe souvent de route, exécution de certaines manœuvres difficiles...) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---

4.3. Mon État général (suite)

Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel, ou de tension ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je un pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je parfois des vertiges ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des trous de mémoires, des difficultés à me concentrer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant, ou dans d'autres circonstances non appropriées ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière crise :	
Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

4.3. Mon État général (suite et fin)

Autres problèmes médicaux ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser :.....

J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à , le /.... /

Signature