



**PRÉFECTURE**  
**Service des Permis de conduire**

Réf. **4**

1
2
3
4
5

- LEVÉE DE RESTRICTION PERMIS D
- CONVERSION DE BREVET MILITAIRE
- ÉCHANGE DE PERMIS ÉTRANGER
- ÉCHANGE OU ENREGISTREMENT DE PERMIS FRANÇAIS D'OUTRE-MER
- VALIDATION DE DIPLÔME OU DE CERTIFICAT PROFESSIONNEL

N° de primata / Dossier

M.	M <sup>me</sup>	M <sup>lle</sup>
1	2	3

(1) NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_

PRÉNOMS (au complet dans l'ordre de l'état civil) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Codification

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

**LIEU DE RÉSIDENCE**

ADRESSE COMPLÈTE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL	COMMUNE

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Catégorie	Date délivrance			Code départem.	Date fin validité			Codes							
	JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE								
A															
A1															
B															
B1															
EB															
C															
Ec															
D															
Ed															

Le demandeur soussigné déclare sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts et qu'il n'est sous le coup d'aucune sanction.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature**

*La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, 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. 33 du code de la route).*

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.

## RÉSERVÉ À LA COMMISSION MÉDICALE (1)

LE CONDUCTEUR DOIT ÊTRE PORTEUR :  
 d'un dispositif de correction de la vision  de prothèses mb. sup. droit  mb. inf. droit   
 (code 01) (code 03) mb. sup. gauche  mb. inf. gauche  Le véhicule doit être équipé de rétroviseurs bilatéraux : OUI  NON

Catégorie	Apte	Inapte	Durée			Observations	Véhicule aménagé (1)
			An	Mois	Jour		
A							
A1							
B							
B1							
EB							
C							
EC							
D							
ED							

Les soussignés \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ docteurs en médecine, membres de la commission médicale primaire  d'appel  du permis de conduire, ont mentionné ci-dessus et ci-contre leur avis au regard de la liste des incapacités physiques incompatibles avec la conduite des véhicules de la ou des catégorie(s) dont l'intéressé est demandeur ou titulaire.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature des médecins**      Jour    Mois    An

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s).  
 1<sup>er</sup> Feuillet destiné aux Archives de la Préfecture.  
 2<sup>e</sup> Feuillet à remettre à l'intéressé(e), qui aura à le conserver en vue de lui faciliter, le cas échéant, la délivrance d'un duplicata sans nouvelle visite médicale.