

N° 11247 \* 02

PRÉFECTURE

Service des Permis de conduire



Réf. **04**

- |                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | LEVÉE DE RESTRICTION PERMIS D                            |
| <input type="checkbox"/> | 2 | CONVERSION DE BREVET MILITAIRE                           |
| <input type="checkbox"/> | 3 | ÉCHANGE DE PERMIS ÉTRANGER                               |
| <input type="checkbox"/> | 4 | ÉCHANGE OU ENREGISTREMENT DE PERMIS FRANÇAIS D'OUTRE-MER |
| <input type="checkbox"/> | 5 | VALIDATION DE DIPLÔME OU DE CERTIFICAT PROFESSIONNEL     |

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

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

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

NOM D'ÉPOUX (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

JOUR	MOIS	ANNÉE
------	------	-------

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

COMMUNE (pour les grandes villes, indiquer s'il y a lieu le numéro 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 A L'ADMINISTRATION

Catégorie	Date délivrance			Code départem.	Date fin validité			Codes				
	JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE					
A												
A1												
B												
B1												
Ea												
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 (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 A LA COMMISSION MÉDICALE (1)

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

Catégorie	Apte	Inapte	Durée			Observations	Véhicule aménagé (1)
			An	Mois	Jour		
A							
A1							
B							
B1							
Ea							
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

Agrafer ici les photographies d'identité

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s).