

**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  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, 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

**Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :**  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :**

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 :

**5**

**APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  Groupe léger  Groupe lourd

**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 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'utilisateur devant la commission médicale primaire.

**7**

**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'utilisateur (à l'issue du contrôle médical) [Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

PRÉFET DU VAL-D'OISE

- ➔ Vous avez fait l'objet d'une mesure de suspension, annulation ou invalidation (perte totale du nombre de points) de votre permis de conduire à la suite d'une ou plusieurs infractions liées à l'usage d'alcool et/ou de stupéfiants :
  - la récupération de votre permis de conduire est conditionnée à un contrôle préalable auprès de la commission médicale primaire des permis de conduire située à la sous-préfecture d'Argenteuil,
  - la suspension de vos droits à conduire durera tant que vous ne vous serez pas présenté devant la commission médicale avec un dossier complet.
  
- ➔ Vous êtes atteint(e) d'une pathologie nécessitant un suivi médical particulier concernant vos droits à la conduite.

### **Étape 1 : la prise de rendez-vous**

La prise de rendez-vous s'effectue en ligne exclusivement, sur le site internet de la Préfecture du Val-d'Oise.

La prise de rendez-vous s'effectue selon les modalités suivantes :

- **en cas de suspension** : 2 mois avant la fin de votre période de suspension
- **en cas d'invalidation de votre permis pour solde de point nul**: dès le début de la période d'interdiction de repasser le permis
- **en cas d'annulation judiciaire** : à partir du lendemain de la fin de la peine
- **en cas de renouvellement de validité (2<sup>e</sup> visite ou plus)** : 2 mois avant la fin de la période temporaire indiquée sur votre permis de conduire.

### **Étape 2 : les examens médicaux obligatoires**

En cas de visite pour infraction vous devez effectuer les examens médicaux obligatoires **15 jours avant votre passage en commission médicale** : ces examens ne donnent lieu à aucun remboursement et ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

– **Infraction pour alcoolémie** : un bilan biologique de moins de 15 jours (NFS, GAMMA GT et CDT)

– **Infraction pour stupéfiants** : un bilan urinaire de recherche de traces de stupéfiants, à effectuer une semaine avant la visite médicale (recherche de THC)

– **en cas de suspension d'une durée égale ou supérieure à 6 mois, invalidation ou annulation judiciaire** : résultats des tests psychotechniques effectués dans un centre agréé (dont la liste figure sur le site de la Préfecture du Val-d'Oise)

– **en cas de renouvellement de validité** :

1- Pour les suites d'une infraction, vous devrez apporter votre ancien dossier et des examens de laboratoire datant de moins de 15 jours.

2- Pour un motif d'ordre médical: vous devrez apporter tous les éléments concernant votre pathologie (compte rendu d'hospitalisation ; courrier de vos médecins; examens complémentaires et ordonnances)

**A défaut de présentation de ces examens, vous ne pourrez pas être reçu(e) en commission médicale et vous devrez prendre un nouveau rendez-vous sur le site internet.**

### **Étape 3 : la constitution de votre dossier**

**Le jour de votre rendez-vous, vous vous présenterez obligatoirement muni(e) des pièces suivantes :**

- Formulaire CERFA 14880\*02 disponible sur le site de la Préfecture du Val-d'Oise
- l'original de votre pièce d'identité en cours de validité
- les résultats de vos examens médicaux et/ou de vos tests psychotechniques
- le questionnaire médical complété, daté et signé
- le dossier médical s'il y a lieu
- un flacon pour analyse d'urine (achat en pharmacie) pour le dépistage obligatoire du diabète à remplir une fois votre ticket retiré à l'accueil.
- l'original de votre permis de conduire ou la décision administrative ou judiciaire en cas de suspension ou d'annulation de votre permis de conduire

**Le coût de la visite médicale est de 50€ en espèces uniquement.**

**Correspondant au montant des honoraires des médecins : ce coût est à votre charge et le règlement se fait auprès des médecins.**

### **Étape 4 : le jour du rendez-vous**

Le jour du rendez-vous, **vous vous présenterez à l'accueil général** de la sous-préfecture d'Argenteuil muni(e) de  **votre dossier complet** et de la confirmation de votre rendez-vous (confirmation envoyée par mail après avoir pris et validé le rendez-vous sur internet).

La présentation de la confirmation du rendez-vous sur portable ou tablette est acceptée.

**Dans l'hypothèse où vous ne pouvez pas vous présenter à la date choisie, vous devez penser à annuler préalablement votre rendez-vous sur le site.**

### **Étape 5 : après votre visite médicale**

À l'issue de votre rendez-vous, le CERFA indiquant une décision définitive ou temporaire des médecins vous sera remis.

Vous pourrez alors faire la demande de production d'un nouveau permis, exclusivement en ligne sur le site [www.permisdeconduire.ants.gouv.fr](http://www.permisdeconduire.ants.gouv.fr) .

Aucune demande ne sera traitée par voie postale ou sur place.

Vous recevrez votre nouveau permis par voie postale et il vous appartiendra de détruire votre ancien permis.

Si les médecins vous déclarent inapte ou apte temporaire, vous recevrez par ailleurs un courrier en recommandé avec accusé de réception indiquant la décision portant restriction de vos droits à conduire.

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

A ....., le .....

**1. Mon état civil**

Nom : .....	Commune de naissance <sup>1</sup> : .....
Prénom : .....	Profession : .....
Date de naissance : .... / .... / .....	.....

**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 ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
❖ invalidé ( <i>solde de points nul</i> ) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
❖ annulé ( <i>par le juge</i> ) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date de ma précédente visite médicale : .... / .... / .....	

<sup>1</sup>

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  Non

Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ? Oui  Non

Si oui, pour quel motif ? .....

Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ? Oui  Non

Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ? Oui  Non

Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ? Oui  Non

Si oui, pour quel motif ? .....

Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? Oui  Non

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  Non

Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ? Oui  Non

### 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  Non

<b>4.3. Mon État général (suite)</b>	
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 ? 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ? 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"/> 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 ? Si oui, date de la dernière crise : .....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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