

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

**1**
**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE**
**1-1**

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)

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

**1-2**

 Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :
 

<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

 Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :
 

<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)**
 Taxi

 Ambulance

 Voiture de remise

 Ramassage scolaire

 Transport public de personnes

 Transport public à moto

 Véhicule de tourisme avec chauffeur

 Enseignant de la conduite

**1-3**

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le :

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

**PHOTOGRAPHIE****CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)**

N° d'agrément(s)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

 REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s) \_\_\_\_\_

 certifié(nt) que  M.  Mme \_\_\_\_\_

après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

 (1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande  
 (3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

**1**
**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE**
**1-1**

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)

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

**1-2**

Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :

<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :

<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)**
 Taxi

 Ambulance

 Voiture de remise

 Ramassage scolaire

 Transport public de personnes

 Transport public à moto

 Véhicule de tourisme avec chauffeur

 Enseignant de la conduite

**1-3**

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le :

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

**PHOTOGRAPHIE****CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)**

N° d'agrément(s)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

 REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

 certifie(nt) que  M.  Mme

après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

**1** À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS 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)

Code postal  Commune

Courriel (Recommandé)

**1-2** Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :  AM  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :  AM  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

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

Taxi  Ambulance  Voiture de remise  Ramassage scolaire  Transport public de personnes

Transport public à moto  Véhicule de tourisme avec chauffeur  Enseignant de la conduite

**1-3** Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le :  /  /

Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

**PHOTOGRAPHIE**

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

**CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)**

N° d'agrément(s)

Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

certifié(nt) que  M.  Mme   
après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande  
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.





