cerfa
N° 11247*02

DEMANDE DE DÉLIVRANCE DE PERMIS DE CONDUIRE

(articles R. 221-19, R 222-1 à R. 222-8 du code de la route)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de primata / Dossier

PRÉFECTURE
Service des Permis de conduire

Réf. **4**

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

M.	Mme	Mlle
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 A 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 (code 01) ☐

de prothèses (code 03) mb. sup. droit ☐ mb. inf. droit ☐ 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 _____ Jour Mois An

Signature des médecins

Agrafer ici les photographies d'identité

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

1er **Feuillet destiné aux Archives de la Préfecture.**

2e **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.**

réf. **501 728** berger-levrault (0210), tél. : 03 83 38 83 83

cerfa

DEMANDE DE DÉLIVRANCE DE PERMIS DE CONDUIRE

(articles R. 221-19, R 222-1 à R. 222-8 du code de la route)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de primata / Dossier

PRÉFECTURE
Service des Permis de conduire

Réf. **4**

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

M.	Mme	Mlle
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 A 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 ☐ (code 01)

de prothèses (code 03) mb. sup. droit ☐ mb. inf. droit ☐ 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 Jour Mois An

Signature des médecins

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

1er **Feuillet destiné aux Archives de la Préfecture.**

2e **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.**

réf. **501 728** berger-levrault (0210), tél. : 03 83 38 83 83