

INFORMATION DES USAGERS VISITES MEDICALES DES PERMIS DE CONDUIRE

Vous vous trouvez dans l'une des deux situations suivantes :

1) - vous êtes candidat au permis de conduire (ou vous sollicitez le renouvellement de sa validité) :

- ◆ de la catégorie E(B) (voiture +remorque lourde),
- ◆ de la catégorie C (permis « poids-lourd »),
- ◆ de la catégorie E(C) (permis « super lourd »),
- ◆ de la catégorie D (transport en commun de personnes),
- ◆ de la catégorie E(D) (autocar + remorque lourde).

2) - vous souhaitez sous couvert de votre permis de conduire de la catégorie B, exercer à titre professionnel l'activité (ou vous sollicitez le renouvellement d'une autorisation d'exercer l'activité professionnelle) :

- ◆ de chauffeur de taxi,
- ◆ de conducteur d'ambulance,
- ◆ de conducteur de véhicules affectés au ramassage scolaire,
- ◆ de conducteur de véhicules affectés au transport public de personnes,
- ◆ d'enseignant de la conduite automobile.

vous pouvez alors passer la visite médicale à laquelle vous êtes astreint au cabinet d'un médecin agréé par le Préfet, dont le nom figure sur la liste jointe.

Vous devez prendre directement rendez-vous avec le médecin que vous aurez choisi et lui apporter :

- l'imprimé « certificat médical » complété par vos soins
- 2 photos d'identité identiques et récentes
- en cas de traitement médical copie de votre ordonnance
- votre permis de conduire

Le montant de cet examen médical est de 24 Euros 40. Il n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Le médecin ne peut donc, en aucun cas, vous délivrer une feuille de maladie.

En cas d'aptitude, le certificat médical vous autorise à conduire les véhicules des catégories de permis que vous détenez déjà, pendant le délai maximal de deux mois qui suit la date de votre examen médical, en attente de l'établissement de votre nouveau permis de conduire.

Le médecin peut également solliciter l'avis d'un médecin spécialiste ou demander à ce que vous soyez examiné(e) par la commission médicale préfectorale.

POUR OBTENIR VOTRE TITRE DE CIRCULATION

Vous devez adresser après la visite :

à la PREFECTURE pour les personnes domiciliées dans les arrondissements de TULLE et d'USSEL

à la SOUS-PREFECTURE pour les personnes domiciliées dans l'arrondissement de BRIVE

- ◆ l'original de votre permis de conduire (**le double du certificat médical restant en votre possession vous servira de titre de conduite durant le temps de réfection de votre nouveau permis**),
- ◆ une photographie d'identité récente,
- ◆ une enveloppe affranchie soit au tarif normal, sous votre responsabilité, soit au tarif des plis recommandés, libellée à vos nom et adresse pour l'envoi à votre domicile de votre nouveau titre.

* *
*

Si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- ◆ suspension du permis de conduire (visite initiale ou visite de contrôle),
- ◆ annulation du permis de conduire (visite initiale ou visite de contrôle),
- ◆ dispense du port de la ceinture de sécurité,
- ◆ visite spécifique des handicapés de l'appareil locomoteur,
- ◆ personne ayant fait l'objet d'un placement d'office ,
- ◆ candidat au permis B soumis à visite médicale, à la suite d'une déclaration de votre part sur le formulaire d'inscription au permis ou d'une demande formulée par l'inspecteur du permis à la suite de difficultés constatées le jour de l'examen, par exemple.

vous ne pouvez pas être examiné(e) au cabinet d'un médecin agréé par le Préfet mais vous relevez pour votre examen médical de la commission médicale primaire de votre arrondissement. Vous devez dans ce cas impérativement prendre rendez-vous auprès de votre sous-préfecture ou pour les personnes domiciliées dans les communes de l'arrondissement de TULLE auprès de la préfecture.

RENSEIGNEMENTS

* Préfecture de la CORREZE, Bureau de la circulation, Service des visites médicales, 1, rue SOUHAM, 19012 TULLE CEDEX, ☎ 05 55 20 55 50 ou 05 55 20 55 52.

* Sous-Préfecture de BRIVE, Bureau de la réglementation et de la circulation, Service des visites médicales, Boulevard Jules Ferry, 19311 BRIVE CEDEX, ☎ 05 55 17 79 61.

* Sous-Préfecture d'USSEL, Secrétariat de la commission des visites médicales, 1, boulevard de la Prade, 19208 USSEL, ☎ 05 55 72 62 38 ou 05.55.72.12.64

EN CAS DE REFUS DE SIGNATURE DU CANDIDAT

Le(s) Docteur(s) _____

membre(s) de la Commission médicale certifie(nt) que

M. Mme Mlle _____

après avoir pris connaissance des motifs de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue au recto.

Signature des médecins

PERMIS DE CONDUIRE DU
GRUPE 1 **LÉGER (A, A1, B, B1, E_B)**
GRUPE 2 **LOURD (C, E_c, D, E_D)**

N° de primata / Dossier

	NOM (nom de naissance)			
M. M ^{me} M ^{lle}	(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 n° d'arrondissement)			
	PAYS POUR L'ÉTRANGER - DÉPARTEMENT OU TERRITOIRE POUR L'OUTRE-MER			
LIEU DE RÉSIDENCE	ADRESSE COMPLÈTE			
	CODE POSTAL			
	COMMUNE			

Catégorie de permis demandée (1)	A	A1	B	B1	E_B	C	E_c	D	E_D
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le candidat doit-il conduire un véhicule aménagé ? (1) OUI NON

Catégorie(s) de permis détenue(s) _____

À compléter obligatoirement

**Signature du candidat ►
ou du représentant légal
pour les mineurs
non émancipés**

RÉSULTAT DE LA VISITE MÉDICALE

Les docteurs en médecine : _____

membres de la Commission médicale _____

du permis de conduire, après examen du candidat, affirment que celui-ci est, au point de vue physiologique et au regard de la liste des incapacités physiques incompatibles avec la délivrance du permis de conduire :

(1) APTE DÉFINITIF APTE TEMPORAIRE INAPTE

pour la catégorie : _____

(1) sous réserve : d'un dispositif de correction de la vision

du port d'un appareil de prothèse

de conduire un véhicule aménagé

Fait à _____, le _____

Noms et signatures des médecins ►

Le docteur en médecine : _____

agréé par le Préfet du département : _____

après examen du candidat, estime qu'au point de vue physiologique et au regard de la liste des incapacités physiques incompatibles avec la délivrance du permis de conduire :

EST APTE DÉFINITIF (1) DOIT ÊTRE EXAMINÉ

(ou pour la durée fixée par la réglementation) par la Commission médicale préfectorale

pour la catégorie : _____

(1) sous réserve : d'un dispositif de correction de la vision

du port d'un appareil de prothèse

de conduire un véhicule aménagé

Fait à _____, le _____

Nom et signature du médecin ►

En cas d'avis d'aptitude (définitive ou temporaire), le présent document autorise l'intéressé(e) à conduire les véhicules des catégories qu'il détient, pendant un délai de 2 mois à dater du jour de l'examen médical.

DÉCLARATION

Je soussigné(e) M. M^{me} M^{lle} _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'inaptitude à la conduite automobile.

Signature ►

Photographie du candidat de face ou de 3/4, à coller et à oblitérer avec le cachet de la Commission médicale du Permis de conduire

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

- pour la catégorie A, ajouter un R s'il s'agit de l'accès progressif (P ≤ 25 kW et r ≤ 0,16 kW/kg);
- pour les catégories C et E_c, rajouter un R (poids total ≤ 7,5 T) si le candidat a entre 18 et 21 ans;
- pour la catégorie D, ajouter un R si mention 50 km doit être portée sur le permis.

Cachet professionnel du médecin