



DEMANDE DE DÉLIVRANCE DE PERMIS DE CONDUIRE

(articles R 123 à R 129 du code de la route)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° 11247*01

PRÉFECTURE

Service des Permis de conduire

N° de primata / Dossier

Réf. **4**

1
2
3
4
5

- 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.	M ^{me}	M ^{lle}
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) _____

LIEU DE NAISSANCE

DATE DE NAISSANCE

JOUR	MOIS	ANNÉE

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 À 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 : de prothèses (code 03) mb. sup. droit mb. inf. droit Le véhicule doit être équipé de rétroviseurs d'un dispositif de correction de la vision mb. sup. gauche mb. inf. gauche 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 _____
Signature des médecins

Jour	Mois	An

Agrafer ici les photographies d'identité

En cas de visite médicale, coller ici le timbre fiscal

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

1^{er} Feuillelet destiné aux Archives de la Préfecture.
2^e Feuillelet 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.



DEMANDE DE DÉLIVRANCE DE PERMIS DE CONDUIRE

(articles R 123 à R 129 du code de la route)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° 11247*01

PRÉFECTURE
Service des Permis de conduire

N° de primata / Dossier

Réf. **4**

1
2
3
4
5

- 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.	M ^{me}	M ^{lle}
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) _____

LIEU DE NAISSANCE

DATE DE NAISSANCE

JOUR	MOIS	ANNÉE

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 À 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 :
 de prothèses mb. sup. droit mb. inf. droit Le véhicule doit être équipé de rétroviseurs
 d'un dispositif de correction de la vision (code 03) mb. sup. gauche mb. inf. gauche bilatéraux : OUI NON
 (code 01)

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

Catégorie	Apte	Inapte	Durée			Observations	Véhicule aménagé (1)
			An	Mois	Jour		
A							
A1							
B							
B1							
EB							
C							
EC							
D							
ED							

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

1^{er} Feuillet destiné aux Archives de la Préfecture.
2^e 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.