

LETTRE DE DEMANDE DE CONTRÔLE MÉDICAL DE L'APTITUDE À LA CONDUITE



A _____
Le _____
L'expert(e) _____

Réf. :

Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

Arrêté du 20 avril 2012 fixant les conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire.

☐ Mme ☐ M. _____

NEPH : _____

Candidat(e) au permis de conduire les véhicules de la catégorie _____ .

Au cours de votre présentation à une des épreuves du permis de conduire, une des réserves suivantes a emporté la nécessité de vous soumettre à un contrôle médical d'aptitude à la conduite en application des dispositions réglementaires visées en référence :

- Validité administrative de l'avis médical expirée (2ans).
- Délai d'aptitude médicale temporaire dépassé.
- Test de la vue non concluant.
- Observation suivante (*) :

Vous trouverez ci-dessous le résultat que vous avez obtenu à votre épreuve du permis de conduire.

Ce résultat, en cas de succès, n'a de valeur que si l'avis émis lors du contrôle médical d'aptitude à la conduite est favorable.

Ce document ne tient pas lieu de permis de conduire

Résultat épreuve pratique : FAVORABLE

DEFAVORABLE

Entourer la bonne mention et rayer l'autre

(*) À préciser par l'expert