

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE A LA CONDUITE DES VEHICULES A MOTEUR

Photo

Préfecture/ Province de
n° ordre/.....

Partie réservée au candidat

Mlle, Mme, Mr
Né(e) le/...../..... à.....
CIN..... Permis de Conduire :
Profession :
Adresse (1) :

Signature du candidat

Partie réservée au Médecin :

Je soussigné, Dr..... médecin agréé pour l'examen médical d'aptitude physique et mentale à la conduite des véhicules à moteur dans la ville de Province/Préfecture de :..... déclare avoir examiné le candidat susnommé pour la conduite des véhicules à moteur de catégorie :

Catégorie	cocher	Catégorie	cocher
A1/A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>
B à usage privé /E (B)	<input type="checkbox"/>	E (C)	<input type="checkbox"/>
B à usage public	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
		E(D)	<input type="checkbox"/>

Au terme de cet examen, je certifie que l'intéressé(e) est : (2)

- APTE sans restrictions à la conduite d'un véhicule à moteur de la ou des catégories demandées suivantes:
- APTE à la conduite d'un véhicule à moteur de la ou des catégories demandées avec les restrictions ou conditions suivantes (limitation de la durée, appareillage ou aménagements):
 -
 -
 -
- INAPTE à la conduite d'un véhicule à moteur de la ou des catégories demandées.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

Volet 3 à remettre à l'intéressé

1) Adresse figurant sur la CIN
2) rayer la mention inutile