

**1**

**ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

Nom de naissance  (C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)  (Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)  (ex : nom d'époux(se))

Date de naissance : Jour  Mois  Année  Sexe : Femme  Homme  Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance  Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays  (Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie  Extension : bis, ter, etc.  Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse  (Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal  Commune

Courriel (Recommandé)

**2**

**Motif de la demande d'avis médical :**  Renouvellement périodique  Nouvelle catégorie  Suspension  Après invalidation ou annulation  Autre

**Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :**

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :**

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :**

Taxi  VTC  Ambulance  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  Transport public à moto  Enseignant de la conduite

**AVIS DU OU DES MÉDECINS**

**3 Modalités du contrôle médical :**

En cabinet médical  En commission médicale primaire  En commission médicale d'appel  Autres : \_\_\_\_\_

**3-1** Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_ Examen psychotechnique réalisé le \_\_\_\_\_

**4** Le(s) médecin(s) \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° \_\_\_\_\_, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

**5**

**APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  Groupe léger  Groupe lourd

**APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à \_\_\_\_\_ et à réexaminer par la commission médicale :  oui  non

**APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :

dispositif de correction et/ou protection de la vision

autres

**INAPTE**  Groupe léger  Groupe lourd

Observations :

**6** Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :  ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

**7 DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**

Je soussigné(e),  M.  Mme \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

**8** Fait le :  /  /

Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical) [Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins

**NOTICE EXPLICATIVE**  
**relative au Cerfa N° 14880\*02**  
**Contrôle médical de l'aptitude à la conduite**  
**des conducteurs et des candidats au permis de conduire**

## ① ETAT CIVIL ET COORDONNEES (à remplir par l'utilisateur)

- Inscrire une seule lettre par case.
- Indiquer une adresse courriel et un numéro de téléphone portable (fortement recommandé).

## ② MOTIF DE LA DEMANDE D'AVIS MEDICAL (à remplir par l'utilisateur) :

**Renouvellement périodique :** vous devez renouveler une ou plusieurs catégories de permis dont la date de validité arrive à échéance (permis poids lourds C ou D par exemple, restrictions médicales...).

Vous devez renouveler votre attestation d'aptitude médicale pour exercer les professions de taxis, VTC, ambulances, etc.

**Nouvelle catégorie :** Vous vous inscrivez en vue d'obtenir un permis de conduire et déclarez être atteint d'une affection médicale.

Vous possédez déjà un permis de conduire (par ex. la catégorie B) et vous demandez une nouvelle catégorie soumise à un avis médical (par ex. la catégorie C).

**Suspension :** Votre permis de conduire a été suspendu et vous devez disposer, avant la fin de votre suspension, d'un avis médical pour demander un permis de conduire.

**Après invalidation ou annulation :** Votre permis a été annulé ou invalidé, vous avez repassé l'examen, et vous devez disposer d'un avis médical pour demander un permis de conduire.

**Autre :** Vous êtes titulaire d'un permis de conduire et l'administration vous demande de vous soumettre à un contrôle médical.

- **Catégorie(s) de permis déjà détenues :** cocher toutes les catégories de permis que vous possédez (ou possédiez avant l'invalidation ou l'annulation).
- **Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :** cocher toutes les catégories de permis pour lesquelles vous sollicitez un avis médical.  
*Ex : vous détenez les catégories B et C et vous réalisez le renouvellement périodique de votre permis C. Sur la ligne « catégories détenues » vous cochez B et C et sur la ligne « catégories pour lesquelles porte l'avis médical », vous ne cochez que la C.*
- **Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :** vous exercez ou souhaitez exercer une des activités professionnelles mentionnées qui nécessitent un avis médical (cocher les cases correspondantes).

## AVIS DU OU DES MEDECINS (A remplir par le ou les médecins)

### ③ MODALITES DU CONTROLE MEDICAL

Indiquer s'il s'agit d'un passage devant un médecin agréé consultant hors commission médicale ou devant la commission médicale.

La case « autre(s) » correspond au contrôle médical exercé par des médecins professionnels pour des publics spécifiques (sapeurs-pompiers...).

**En 3-1,** indiquer la date de la demande des examens complémentaires et la date de réalisation de l'examen psychotechnique.

④ Le médecin agréé consultant hors commission médicale/les médecins de la commission médicale indiquent leurs noms, ainsi que le numéro du département dans lequel le préfet a délivré l'agrément.

### ⑤ AVIS MEDICAL RENDU

En plus de la case cochée sur l'avis rendu (aptitude, aptitude temporaire, aptitude avec restrictions, inaptitude), cocher le(s) groupe(s) de véhicules correspondant(s) [léger, lourd ou les deux].

*Exemple : un titulaire de la catégorie B qui sollicite la catégorie C peut être déclaré inapte pour la catégorie C mais demeurer apte pour la catégorie B, il faudra cocher les cases « Apte » - « Groupe léger », et « Inapte » - « Groupe lourd ».*

Le cadre « Observations » doit être utilisé pour indiquer le ou les codes correspondant aux mentions additionnelles ou restrictives, la nature de la dispense, et toutes les informations jugées utiles.

- ⑥ A remplir par le(s) médecin(s) lorsqu'aucun avis n'est prononcé et l'utilisateur est renvoyé devant la commission médicale.
- ⑦ L'utilisateur renseigne et signe cette rubrique impérativement si le médecin émet un avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude.
- ⑧ Le cerfa doit comporter la signature du ou des médecins, assortie de leur(s) cachet(s), et la signature de l'utilisateur. En l'absence de ces éléments il ne pourra pas être pris en compte.