


LISTE DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION - (version février 2024)

- Photocopie **recto/verso** de la carte d'identité (ou passeport) en cours de validité
- Photocopie **recto/verso** du permis de conduire
- Photo d'identité au **format e-photo agréé ANTS**

Format obligatoire



PERMIS DE CONDUIRE
N° 1PMT YE99 1215 1145 15JY 05
Numéro ephoto

DÉMARCHE EN LIGNE :

1. Rendez-vous sur le site <https://permisdeconduire.ants.gouv.fr> ou flashez le QR code sur la photo.
2. Remplissez le formulaire CERFA en ligne avec vos coordonnées personnelles.
3. Dans le cadre identifiant ephoto, saisissez votre numéro d'identifiant ephoto inscrit en haut de la photo.
4. Attendez le traitement favorable de votre demande qui vous sera confirmé ultérieurement par courriel.
5. Conservez cette photographie lors de votre rendez-vous en préfecture.

Attention, vous disposez de 6 mois à compter de la date de prise de vue pour effectuer vos démarches en ligne.

Photomaton

500 € dont 170 € TVA - 1 000 €
CRÈME N° 34713 - 30/02/2014 10192
SERVICE CONSOMMATEURS 014841370

ANTs

Attention ! Ces photos sont valables pendant **6 mois** et le code indiqué n'est valable qu'**une seule fois**.

(Le code est réservé pour le centre de formation ROCHE, **ne pas essayer de l'utiliser**)

- Un justificatif de domicile de **moins de 6 mois**

Justificatifs acceptés :

- Eau
- Electricité/Gaz
- Téléphone
- Avis d'imposition
- Assurance habitation

Pour les inscriptions aux permis C, CE et D :

- Une visite médicale chez un médecin agréé (dans le département du domicile) : document à compléter par le médecin en page 2



N°14880*02

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)**1****ETAT CIVIL ET COORDONNÉES 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)

2Motif 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