

Demande d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire pour la catégorie

Préambule : le genre masculin englobe, pour des raisons de simplification et de lisibilité, le genre féminin.

Groupe médical 1										Groupe médical 2											
A	A35	A1	B	B1	BE	F	G	M		C	C1	C1/118	D	D1	DE	CE	C1E	D1E	TPP121	TPP122	Trolley110
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Pour une description complète des catégories, veuillez consulter le site www.lepermisdeconduire.ch

Indications personnelles ☐ Madame ☐ Monsieur	
Nom/s : (nom de naissance à spécifier si différent du nom de famille)	
Prénom/s :	
Rue et no :	
NPA et localité :	
Date de naissance :	Signature du conducteur →
Tél. privé :	
Tél. prof. :	
Portable :	
Nationalité : (pour ressortissant étranger USA, F, GB, D, B, etc.)	En cas de changement d'origine (droit de cité communal), vous devez nous remettre : Une pièce d'identité valable, lisible et signée, avec la nouvelle origine ou le document de l'autorité de surveillance en matière d'état civil attestant de l'approbation de la modification du droit de cité communal
Lieu/x d'origine & canton/s : (pour ressortissant suisse)	
Courriel/s (e-mail) :	

Joindre une photo en couleur; ne pas la coller s.v.p.

Le service chargé de vous identifier s'en occupe !

Mentionner au dos vos nom/s et prénom/s sans trop appuyer.

Format 35x45 mm*

Questionnaire (recto et verso)

4	Mesures	Non	Oui : remarques	5.1	Suite	Non	Oui : remarques
	Le permis d'élève conducteur, le permis de conduire ou l'autorisation de transporter des personnes à titre professionnel vous ont-ils déjà été refusés ou retirés ou la conduite d'un véhicule vous a-t-elle déjà été interdite ?	☐	☐		- maladies avec troubles des fonctions cérébrales (troubles de la concentration, de la mémoire, des réflexes, etc.) ?	☐	☐
					5.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :		
					- problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments ?	☐	☐
					- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (cure de désintoxication/traitement ambulatoire) ?	☐	☐
					- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ?	☐	☐
					- Si oui: avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ?	☐	☐
					- d'épilepsie ou de crises semblables ?	☐	☐
					- d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence accrue ?	☐	☐
					5.3 Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un véhicule automobile ?	☐	☐
					5.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus:		
5	Maladies, handicaps et consommation de substances						
5.1	Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison :						
	- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ?	☐	☐				
	- maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.) ?	☐	☐				
	- maladie oculaire ?	☐	☐				
	- maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement) ?	☐	☐				
	- maladie des organes abdominaux ?	☐	☐				
	- maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ?	☐	☐				
	- maladie rénale ?	☐	☐				
	- somnolence diurne accrue ?	☐	☐				
	- douleurs chroniques ?	☐	☐				
	- blessures consécutives à un accident incomplètement guéries (blessures crâniennes, cervicales, dorsales ou des extrémités) ?	☐	☐				

En cas de réponse positive à l'une des questions aux ch. 5.1 à 5.3, joindre à la présente demande un rapport du médecin traitant (dans le cas contraire, la personne concernée serait renvoyée d'office à un médecin reconnu de niveau 4).

À FAIRE REMPLIR PAR UN OPTICIEN DIPLÔMÉ OU UN OPHTALMOLOGUE PRATIQUANT EN SUISSE -

5.5 Test de la vue (validité: 24 mois)

5.51 Acuité visuelle : Vision lointaine non corrigée :

à droite :

à gauche :

Acuité visuelle : Vision lointaine corrigée :

à droite :

à gauche :

5.52 Champ visuel horizontal : 1er groupe

☐ ≥ 120 ☐ < 120

Pertes

☐ non ☐ oui

Champ visuel horizontal : 2e groupe

☐ ≥ 140 ☐ < 140☐ à droite☐ à gauche☐ en haut☐ en bas

5.53 Mobilité des yeux :

☐ les 6 directions ont été examinées :

à droite en haut, à droite, à droite en bas, à gauche en haut, à gauche, à gauche en bas

Diplopie

☐ non ☐ oui, direction : _____

5.54 Remarques : _____

5.55 Évaluation

du 1er groupe

Exigences :

☐

satisfaites sans correcteurs de vue

☐

satisfaites uniquement avec des

☐

correcteurs de vue

☐

non satisfaites

☐

du 2e groupe

Exigences :

☐

satisfaites sans correcteurs de vue

☐

satisfaites uniquement avec des

☐

correcteurs de vue

☐

non satisfaites

☐**À compléter, uniquement, par un opticien diplômé ou un ophtalmologue pratiquant en Suisse**

Date de l'examen : _____

Cachet : _____

Signature : _____

6 Curatelle et/ou mineur

Êtes-vous mineur ou sous curatelle de portée générale ?

☐ non ☐ oui

Si oui : nom/s, prénom/s et

adresse du représentant légal: _____

7 Permis de conduire antérieurs

Non Oui : remarques

7.1 - Êtes-vous déjà titulaire d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire (suisse ou étranger) ? ☐ ☐

7.2 - Si oui : pour quelles catégories ? _____

7.3 - Par quel canton ou État a-t-il été délivré ? _____

7.4 Date de délivrance du permis ? _____

8 À remplir pour les demandes de permis pour les catégories D, D1, et TPP

8.1 - Avez-vous une expérience pratique de la conduite de véhicules des catégories suivantes et, si oui, depuis combien de temps ?

Catégories : B ☐ Non ☐ Oui : nombre de mois _____

B1 ☐ ☐ _____

F ☐ ☐ _____

Catégories : C ☐ Non ☐ Oui : nombre de mois _____

C1 ☐ ☐ _____

Trolleybus ☐ ☐ _____

Documents à annexer :☐ 1 photographie format passeport en couleur récente*☐ extrait du casier judiciaire (cat. prof.)☐ l'attestation du cours "premiers secours aux blessés"☐ 1 certificat médical pour : le groupe 2☐ 1 copie d'une pièce d'identité suisse ou d'un permis de séjour☐ contrat d'apprentissage, uniquement pour les apprentis chauffeur poids et mécanicien en motocycles

* Format env. 35x45 mm en couleur et récente- Les photographies prises de profil ou sur lesquelles le candidat porte des lunettes de soleil, un chapeau ou une casquette ne sont pas acceptées

Par votre/vos signature/s vous attestez avoir rempli ce formulaire (pages 1 et 2) conformément à la vérité.

Informations

légal :

- Quiconque aura obtenu frauduleusement un permis en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (art. 97 LCR) et se verra retirer le permis (art. 16 LCR)

Pour les personnes mineures ou sous curatelle de portée générale, signature du représentant légal également obligatoire



Lieu et date :

Signature :

Signature du représentant légal ou curateur

Signature :

Lors du dépôt d'une demande, le demandeur doit joindre à son dossier une copie d'une pièce d'identité valable ou faire contrôler son identité par la commune

Confirmation de l'identité et de l'exactitude des données personnelles

- Citoyens suisses : par la commune de domicile lors de la 1ère demande ou pièce d'identité.
- Ressortissants étrangers : autorisation de séjour valable.

Date :

Sceau et signature :