

CERTIFICAT MEDICAL

concernant l'aptitude de

N° de détenteur:
Nom: Prénom:
Date de naissance:
Adresse (rue et n°):
c/o N° postal Localité:

1 Le candidat ne souffre d'aucun(e) maladie ou état significatifs du point de vue de la médecine du trafic.

Le candidat souffre des maladies ou états relevant de la médecine du trafic suivant(e)s :

.....

2.1 Les exigences médicales minimales (annexe 1 OAC)

du 1er groupe (A, A1, B, B1, F, G, M, D13,5;106):

du 2e groupe (D, D1, C, C1, autorisation transporter des personnes à titre professionnel, experts de la circulation, bateaux à passagers ou marchandises motorisés) :

sont satisfaites

sont satisfaites

sont satisfaites aux conditions suivantes (ch.3.2)

sont satisfaites aux conditions suivantes (ch.3.2)

ne sont pas satisfaites

ne sont pas satisfaites

brève justification :

brève justification :

.....

.....

.....

.....

2.2 Résultat équivoque : l'évaluation définitive doit être réalisée par un médecin reconnu de niveau 3 ou 4.

Étant donné que l'aptitude à la conduite du candidat soulève des doutes sérieux, il ne devrait conduire aucun véhicule avant des clarifications supplémentaires.

3.1 **Contrôle de vue** (compléter pour chaque groupe)

Port de correcteur de vue pour :

le 1^{er} groupe OUI NON

le 2^e groupe OUI NON

3.2 Le candidat est apte s'il se soumet aux conditions médicales suivantes :

.....

.....

4. Prochain contrôle : dans le délai normal, conforme à l'OAC

dans mois par un médecin reconnu du niveau

Lieu et date de l'examen :

Global Location Number (GLN) :

Timbre et signature du médecin :

.....

.....

.....