

**DEMANDE DE VISITE MEDICALE**

M. NOM, et PRENOM : NOM (de jeune fille) :  
Mme .....  
Melle .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
LIEU DE NAISSANCE : ..... département : .....  
ADRESSE : .....  
..... TEL : ...

***CANDIDATS RELEVANT DE LA VISITE MEDICALE INITIALE EN CABINET AGREE***

JE SOUSSIGNE (E) SOLLICITE UNE VISITE MEDICALE POUR L'OBTENTION (\*) OU LE RENOUELEMENT (\*) DES CATEGORIES DE PERMIS, OU L'EXERCICE DES PROFESSIONS SUIVANTES :

- |   |  |
|---|--|
| 1) E (B) (voiture + remorque lourde) ;  | 6) chauffeur de taxi, de remise ;                                    |
| 2) C (= permis « poids lourd ») ;       | 7) conducteur d'ambulance ;  |
| 3) E (C) (= permis « super lourd ») ;   | 8) conducteur de véhicules affectés au ramassage scolaire ;          |
| 4) D (transport en commun de personnes) | 9) conducteur de véhicules affectés au transport public de personnes |
| 5) E (D) (autocar + remorque lourde)    | 10) enseignant de la conduite automobile.                            |

(\*) RAYER LA MENTION INUTILE

***CANDIDATS RELEVANT EXCLUSIVEMENT DE LA VISITE MEDICALE EN COMMISSION PREFECTORALE***

JE SOUSSIGNE (E) SOLLICITE UNE VISITE MEDICALE POUR :

- |   |   |
|---|---|
| 11) la restitution d'un permis de conduire, après suspension  | 15) la transformation d'un permis B en B aménagé                              |
| 12) l'obtention d'un permis de conduire, après annulation   | 16) la dispense du port de la ceinture de sécurité                            |
| 13) la restitution d'un permis de conduire, après inaptitude médicale   | 17) la suppression de la mention verres correcteurs sur le permis de conduire |
| 14) le renouvellement d'un permis de conduire, groupe léger temporaire (A1,B1,B) et catégories lourdes hors périodicité normale | 18) autre cas (à préciser)<br>.....<br>.....                                  |

**NOTA : IL EST POSSIBLE DE COCHER PLUSIEURS MOTIFS DE VISITE.**  
**UN SEUL MOTIF DE LA DEUXIEME PARTIE ENTRAINE OBLIGATOIREMENT UNE VISITE MEDICALE DEVANT LES MEDECINS DE LA COMMISSION PREFECTORALE**

J'atteste sur l'honneur que les renseignements de la demande sont exacts.  
Je suis informé que toute fausse déclaration ou production d'attestation ou de certificat falsifié pourra entraîner des poursuites pénales, conformément aux articles L 433.19 et L 441.7 du code pénal.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature du demandeur :

# PIECES A FOURNIR

## CANDIDATS RELEVANT DE LA VISITE MEDICALE EN CABINET AGREE

\* Vous devez prendre rendez-vous auprès d'un médecin agréé de la préfecture ou sous-préfecture dont vous dépendez (liste sur imprimé « visite médicale du permis de conduire ») : lors de votre visite au cabinet médical, vous devez apporter :

- Le présent imprimé dûment complété,
- une pièce d'identité et sa photocopie,
- votre permis de conduire (ou déclaration de perte ou vol établie auprès de la gendarmerie ou de la police, revêtue d'un visa préfectoral),
- 3 photos d'identité de face (35x45) récentes et identiques (les photos scannées sont interdites), Le visage doit être d'une hauteur maximale de 36mm sur fond clair, tête nue, verres de lunettes clairs, expression neutre (avec mention du nom portée au verso).
- 1 enveloppe timbrée, libellée à votre nom et adresse,
- 1 enveloppe demi format timbrée à 095 €, libellée à l'adresse suivante :

PREFECTURE de L'HERAULT  
PERMIS DE CONDUIRE  
COMMISSION MEDICALE  
34062 MONTPELLIER CEDEX 2,

le règlement de la visite 33 €, par chèque, ou en espèces (prévoir l'appoint dans ce cas), vos lunettes, si vous en portez, vos examens ou certificats médicaux délivrés par des spécialistes (le cas échéant).

## CANDIDATS RELEVANT EXCLUSIVEMENT DE LA VISITE MEDICALE EN COMMISSION PREFECTORALE

\* Dans le dossier que vous devez déposer auprès de votre mairie (hors Béziers, Lodève et Montpellier) ou des services préfectoraux, vous devez joindre :

- Le présent imprimé dûment complété,
- photocopie recto-verso du permis de conduire, ou le cas échéant de l'arrêté préfectoral de suspension ou du jugement d'annulation prononcé par le Tribunal,
- trois photographies d'identité de face (35x45) identiques et récentes (les photos scannées sont interdites). Le visage doit être d'une hauteur maximale de 36mm sur fond clair, tête nue, verres de lunettes clairs, expression neutre (avec mention du nom portée au verso).
- deux enveloppes timbrées libellées à votre nom et adresse.

\* Lors de votre venue à l'examen médical, n'oubliez pas d'apporter :

- Votre permis de conduire,
- une pièce d'identité,
- le règlement de la visite (33 €) uniquement en espèces (prévoir l'appoint),  
(les médecins refusent les chèques en raison du nombre important d'impayés et ne disposent pas d'appareil pour le paiement par carte bancaire)
- vos lunettes, si vous en portez, vos examens ou certificats médicaux délivrés par les spécialistes (le cas échéant).