



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**PRÉFET DU VAL D'OISE**

DIRECTION DE L'ACCUEIL DU  
PUBLIC, DE L'IMMIGRATION ET DE  
LA CITOYENNETÉ  
Bureau des usagers de la Route  
Commission médicale

## **DEMANDE DE VISITE MÉDICALE**

Document à adresser en Préfecture par courrier à l'adresse ci-dessous  
ou à déposer dans la boîte à lettres située à l'entrée de la Préfecture

**Préfecture du Val d'Oise**  
*DAPIC - Commission Médicale*  
5, avenue Bernard Hirsch – CS 20105  
95010 CERGY-PONTOISE CEDEX  
Tel : 01.34.20.95.95

**(joindre une enveloppe de format A5, affranchie, avec votre nom et votre adresse,  
pour l'envoi de la convocation)**

**Attention : le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous est d'environ 3 MOIS**

Nom de naissance : .....

Nom d'épouse : ..... Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

N° de permis de conduire : .....

***(joindre une photocopie du permis, de l'arrêté de suspension, ou de l'arrêté d'annulation  
mentionnant la date de retrait du titre)***

Affection particulière (ex : cardiologie, vision, ORL, neurologie, épilepsie, rein, diabète) :  
..... ***(répondre oui ou non)***

**• BIEN VOULOIR REMPLIR LE VERSO DE CE DOCUMENT**



**JE DEMANDE UNE VISITE MÉDICALE EN VUE DE**  
**(COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)**

- 1 – Renouvellement des catégories A1 A2 A B B1 C C1 C1E D D1E BE CE DE  
(entourer la ou les catégories concernées)

Date de renouvellement du permis de conduire: .....

Avec infraction :  alcool  
 stupéfiants

- 2 – Suspension du permis de conduire. Motif :  alcoolémie  
 stupéfiants  
 autre : .....

Date de restitution : .....

- 3 – Obtention d'un permis après annulation

Avec infraction :  alcool  
 stupéfiants

- 4 – Candidat / renouvellement professionnel de la route (taxi, sanitaire, ...) ou échange de permis étranger. Examen suivi en commission médicale

- 5 – Obtention d'un permis de conduire (1<sup>ère</sup> demande) examen suivi en commission médicale

- 6 – Demande d'aménagement suite handicap – examen suivi en commission médicale

- 7 – Autres : .....

A ..... Le ..... Signature

