

PERMIS VSAV

L'agent doit télécharger sur internet

- le cerfa n°14880*02 (permis de conduire - avis médical)
- Remplir le document sur internet et l'imprimer

cerfa
N°14880*02

1 **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 Départ Collect

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)

2 Motif de la demande d'avis médical : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation

AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Joindre les justificatifs suivants :

- 1 copie recto verso du permis de conduire,
- 1 copie recto verso d'une pièce d'identité,
- 1 copie d'une facture justifiant son domicile
- 1 attestation d'hébergement (si l'agent réside chez un parent)

[Le jour de la visite](#) : voir avec le médecin pour validation du cerfa & signatures.

AVIS DU OU DES MEDECINS

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

<input type="checkbox"/> APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation	<input type="checkbox"/> Groupe léger	<input type="checkbox"/> Groupe lourd
<input type="checkbox"/> APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ à réexaminer par la commission médicale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Observations : _____	
<input type="checkbox"/> APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :		
<input type="checkbox"/> dispositif de correction et/ou protection de la vision		
<input type="checkbox"/> autres		
<input type="checkbox"/> INAPTE	<input type="checkbox"/> Groupe léger	<input type="checkbox"/> Groupe lourd

6 Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager 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'usager (à l'issue du contrôle médical) [Représentant légal si mineur]	Signature et cachet du ou des médecins
---	--

Si vous devez refaire votre renouvellement de permis PL : faire une copie ou scan (format pdf) de votre cerfa n° 14880*02 après signature et suivre la procédure ANTS



Retourner le cerfa signé + justificatifs à la direction (service de santé)

La demande sera enregistrée et envoyée en préfecture.

Quand le nouveau permis est fait, la préfecture l'adresse au service volontariat qui enregistre la validité sur SYSTEL et retourne le document dans le centre de secours.