

Avis d'aptitude à la conduite destinée au médecin comme prévu à l'art. 44

AVIS D'APTITUDE A LA CONDUITE (pour le groupe 2) DESTINEE AU MEDECIN EXAMINATEUR

Médecin examinateur:.....

Je soussigné(e),....., Docteur en Médecine, déclare par la présente avoir examiné le candidat dont références ci-dessous.

Eu égard à ma spécialité....., je vous prie de trouver mon rapport en annexe et vous fais savoir que le candidat à un permis de conduire du groupe 2, en particulier pour la/les catégorie(s) suivante(s) ou sous-catégories: (*)

- A
- B
- B + E
- C
- C + E
- C1
- C1 + E
- D
- D + E
- D1
- D1 + E

est déclaré inapte à la conduite (**)

est déclaré apte à la conduite, sans adaptations, sans conditions ni restrictions (**)

est déclaré apte à la conduite aux conditions et/ou restrictions suivantes: (**)

- code 02.01: prothèse auditive unilatérale
- code 02.02: prothèse auditive bilatérale
- code 05.01: limité à la conduite entre 1 heure après le lever du soleil et 1 heure avant le coucher du soleil
- code 05.02: limité à la conduite dans un rayon déterminé de.....km. autour du domicile ou dans un lieu ou une région précise.....
- code 05.04: limité à la conduite à une vitesse ne dépassant pas la vitesse.....km/h
- code 05.06: limité à la conduite sans remorque
- code 05.07: non valable sur autoroutes

Sur base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6, cette attestation d'aptitude a: (**)

- une validité maximale conformément à l'art. 44 jusqu'au...../...../.....
- une validité limitée pour raisons médicales jusqu'au...../...../.....

Identification du candidat

Identification du médecin

Nom:..... Nom:.....

Prénom:..... Adresse:.....

Date de naissance:...../...../.....

N° de registre national (facultatif)

Adresse:.....

Date:

Signature:

Cachet

(*) Barrer les catégories non valables

(**) Cocher la rubrique d'application