



PRÉFÈTE
DU TERRITOIRE
DE BELFORT

SÉCURITÉ ROUTIÈRE TOUS RESPONSABLES

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR L'USAGER AVANT LE CONTROLE MEDICAL DE L'APTITUDE A LA CONDUITE PAR DES MEDECINS AGREES

Etat civil et coordonnées du demandeur

Nom de naissance :	Prénom :
Nom d'usage (s'il y a lieu) :	Date de naissance (jour / mois / année) :
Lieu de naissance (commune ou ville) :	Adresse courriel :
Téléphone portable (recommandé) :	Profession :

Mon permis de conduire

Date de délivrance (jour / mois / année) :
Catégories de permis sollicités :
AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE
<input type="checkbox"/>
Mentions restrictives (durée limitée par exemple) :
Aménagements (dispositif de correction visuelle ou auditive, ou autres) :

Motif de ma visite

Renouvellement périodique	<input type="checkbox"/>
Visite de contrôle	<input type="checkbox"/>
Demande de permis de conduire après annulation ou invalidation	<input type="checkbox"/>
Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route	<input type="checkbox"/>
Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation	
✓ d'alcool	<input type="checkbox"/>
✓ de plantes classées comme stupéfiants	<input type="checkbox"/>
Mon permis a-t-il déjà été :	
✓ suspendu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
✓ invalidé (solde de points nul)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
✓ annulé (par le juge)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date de ma précédente visite médicale (jour / mois / année) :	

Ma santé	
Je suis titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je été en arrêt de travail de plus de 1 mois consécutif au cours des 5 dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?
Ai-je consulté mon médecin plus de 1 fois au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je consulté un spécialiste au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je été hospitalisé ou opéré au cours des 5 dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?
Est-ce que je prends des médicaments chaque jour ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?
Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant (accrochage ou accident au cours des 5 dernières années, problème pour lire les panneaux, difficultés pour apprécier les vitesses ou les distances, malaise au volant, je me trompe souvent de route, je suis gêné dans l'exécution de certaines manœuvres, par exemple) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin bière, cidre, apéritif, alcools forts, par exemple) ?	- Jamais <input type="checkbox"/> - Tous les jours <input type="checkbox"/> - Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/>
Je bois combien de verres au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool ?	Nombre de verres =
Est-ce que je consomme, même occasionnellement des drogues illicites (cannabis, ecstasy, héroïne ou autre) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou autres drogues ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel ou de tension ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je un pace-maker, un défibrillateur implanté, des stents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je parfois des vertiges?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des trous de mémoires, oublis fréquents, difficultés à me concentrer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant ou dans d'autres circonstances non appropriées ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de mémoires ou autres) ?
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de mémoires ou autres) ?
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière crise.
Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémie) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres problèmes médicaux ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser :

J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à, le/...../.....

Signature de l'utilisateur