

**MÉDECINS AGRÉÉS POUR LE CONTRÔLE EN CABINET  
DE L'APTITUDE PHYSIQUE À LA CONDUITE AUTOMOBILE**

**DÉPARTEMENT DE L'AIN**

<b>COMMUNES</b>	<b>MEDECINS (NOM et Prénom)</b>	<b>ADRESSE</b>	<b>TELEPHONE</b>
<b>BELLEY</b>	<b>CARITEAU</b> Bernard	50, Grande Rue 01300 BELLEY	04 79 81 42 95
<b>BELLEY</b>	<b>TRAVERS</b> Jean-Claude	1, rue du Palais 01300 BELLEY	04 79 81 25 03
<b>BOURG EN BRESSE</b>	<b>TOURNAUD</b> Pierre-Marie	22 bis, rue de Montholon 01000 BOURG EN BRESSE	04 74 21 50 88
<b>BOURG EN BRESSE</b>	<b>CREPET</b> Bruno	11, rue Notre Dame 01000 BOURG EN BRESSE	04 74 23 45 06
<b>CHALAMONT</b>	<b>BONO</b> Sylvie	Rue de l'église 01320 CHALAMONT	04 74 61 79 94
<b>IZERNORE</b>	<b>BARDE</b> Jean-Pierre	Grande Rue 01580 IZERNORE	04 74 76 97 31
<b>LENT</b>	<b>DUTEL</b> Yves <b>ZARAGORI</b> Marc	Grande Rue 01240 LENT	04 74 52 76 00
<b>LES NEYROLLES</b>	<b>DAVID</b> Jean	01130 LES NEYROLLES	04 74 75 23 67
<b>MAILLAT</b>	<b>BARADEL</b> Jacques	« Derrière le Moulin » 01430 MAILLAT	04 74 75 71 31
<b>MEXIMIEUX</b>	<b>NERON-BANCEL</b> Marc	5, avenue de Verdun 01800 MEXIMIEUX	04 74 61 47 00
<b>MONTMERLE SUR SAONE</b>	<b>GALLAVARDIN</b> Marc	2, rue de Lyon 01090 MONTMERLE SUR SAONE	04 74 69 32 55
<b>MONTREAL LA CLUSE</b>	<b>LENOBLE</b> Patrick	2, rue du Dr Louis Rossand 01460 MONTREAL LA CLUSE	04 74 76 00 29
<b>MONTREVEL EN BRESSE</b>	<b>JANNEL</b> Yves <b>MABIRE</b> Eric	Maison médicale 01340 MONTREVEL EN BRESSE	04 74 30 83 22
<b>NANTUA</b>	<b>BERTRAND</b> Claude <b>YEZNIKIAN</b> Michel	8, rue des Tanneries 01130 NANTUA	04 74 75 04 83
<b>PONCIN</b>	<b>GIROUX</b> Jean-Michel	Avenue de la Résistance 01450 PONCIN	04 74 37 23 24
<b>SAINT GENIS POUILLY</b>	<b>GROBON</b> Jean	22, rue de Lyon 01630 ST GENIS POUILLY	04 50 42 12 11
<b>SAINT JEAN DE GONVILLE</b>	<b>FLEURY</b> Brigitte	Rue Louvatière 01630 SAINT JEAN DE GONVILLE	04 50 48 60 22

# INFORMATION des USAGERS

## VISITES MEDICALES DU PERMIS DE CONDUIRE

Si vous êtes candidat ou si vous sollicitez le renouvellement :

- ☒ de la catégorie E (B) (voiture + remorque lourde)
- ☒ de la catégorie C (permis poids lourd)
- ☒ de la catégorie E (C) (permis super lourd)
- ☒ de la catégorie D (transport en commun de personnes)
- ☒ de la catégorie E (D) (autocar + remorque lourde)

ou si vous souhaitez, sous couvert de votre permis de conduire de la catégorie B, exercer à titre professionnel ou renouveler votre autorisation :

- ☒ de chauffeur de taxi,
- ☒ de conducteur d'ambulance,
- ☒ de conducteur de véhicules affectés au ramassage scolaire,
- ☒ de conducteur de véhicules affectés au transport public de personnes,
- ☒ d'enseignant de la conduite automobile,

vous devez passer la visite médicale, à laquelle vous êtes astreint, au cabinet d'un médecin agréé par le préfet dont le nom figure sur la liste détenue par la préfecture, les sous-préfectures et les mairies. Il vous appartient de prendre directement rendez-vous avec le médecin que vous aurez choisi. Lors de la prise de rendez-vous, vous indiquerez impérativement qu'il s'agit d'une visite médicale du permis de conduire.

☛ **En aucun cas, vous ne devrez choisir votre médecin traitant.**

Le montant de cet examen médical est de 24,40 Euros. S'agissant d'un examen de prévention pour l'obtention ou le renouvellement du permis de conduire, il n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.

☛ **Le médecin ne peut en aucun cas vous délivrer de feuille de maladie.**

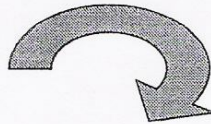
En cas d'aptitude, le certificat médical vous autorise à conduire les véhicules des catégories de permis que vous détenez déjà, pendant le délai maximal de deux mois qui suit la date de votre examen médical, en l'attente de l'établissement de votre nouveau permis de conduire.

**N. B. : Si le médecin ne peut conclure à votre aptitude d'emblée, il peut solliciter l'avis d'un médecin spécialiste, voire demander à ce que vous soyez examiné par la commission médicale préfectorale qui statuera, au regard de la sécurité routière, sur votre aptitude médicale à la conduite.**

## AUTO-ECOLE EYMARD

**Le jour de la visite, vous devrez vous présenter au cabinet du médecin, muni(e) des pièces suivantes :**

- ☞ votre permis de conduire original (obligatoire) ;
- ☞ 3 photographies d'identité (récentes et identiques, format 4 x 4 cm, de face, tête nue) ;
- ☞ une photocopie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour ou livret de circulation) ;
- ☞ une enveloppe pour le retour de votre permis de conduire à domicile (affranchie au tarif simple ou éventuellement au tarif recommandé) ;
- ☞ le questionnaire médical dûment complété.



- ☞ La présentation de ces pièces est **obligatoire**, faute de quoi le médecin ne pourra vous faire passer la visite médicale.

### ☞ **Précision utile :**

Les titulaires des permis poids lourds E(B), C, E(C), D et E(D) ne doivent en demander le renouvellement en passant une visite médicale que s'ils les utilisent régulièrement. S'ils ont cessé de les utiliser, ils ne sont pas dans l'obligation de passer de visite médicale, le bénéfice de ces catégories leur restant acquis. Lorsqu'ils voudront à nouveau les utiliser, ils demanderont à passer la visite médicale.

# AUTO-ECOLE EYMARD

## VISITE MÉDICALE DES PERMIS DE CONDUIRE

QUESTIONNAIRE À REMETTRE AU MÉDECIN

APRÈS L'AVOIR COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

(source : arrêté du ministre des transports du 7 mai 1997  
fixant la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le  
maintien du permis de conduire ainsi que des affections susceptibles de donner lieu  
à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée)

NOM :

PRÉNOMS :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :



- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| * Êtes vous ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - porteur d'un dispositif de correction de la vision (verres correcteurs, lentilles de contact)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - atteint de la perte de la vision d'un oeil  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - atteint d'une infirmité d'un ou plusieurs membres   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - titulaire d'une pension d'invalidité (civile ou militaire)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Avez-vous été exempté ou réformé du service national, lorsque ce dernier était obligatoire ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * A votre connaissance, êtes vous, ou avez-vous été, atteint d'une affection susceptible d'être incompatible avec l'obtention (ou le maintien) du permis de conduire, ou de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de validité limitée : |                          |                          |
| 1/ Cardiologie  | OUI                      | NON                      |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - infarctus, maladie coronaire, artério-sclérose, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, ...  |                          |                          |

	OUI	NON
- vous a-t-on implanté un stimulateur cardiaque, une prothèse valvulaire, un défibrilateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2/ Oeil et vision**

- troubles de la vision nocturne, de la vision des couleurs, du champ visuel ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

**3/ Oto-rhino-laryngologie et pneumologie**

- déficience auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- difficulté respiratoire, asthme, emphysème, bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4/ Neurologie - psychiatrie**

- dépendance alcoolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- consommation régulière de psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- troubles neurologiques, troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- troubles de la vigilance, pathologie grave du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5/ Divers**

- insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- transplantation d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature, \_\_\_\_\_