

Je soussigné(e),, médecin, déclare par la présente avoir examiné le (la) candidat(e) mentionné(e) ci-après et l'avoir, conformément aux dispositions de l'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, envoyé(e) chez le(s) spécialiste(s) concerné(s).

Sur la base de mes constatations et des avis reçus, le(la) candidat(e) mentionné(e) ci-après est déclaré(e) : (*)

- inapte à la conduite des véhicules de la catégorie (*) AM A1 A2 A B B+E G (*)
- apte à la conduite des véhicules de la catégorie (*) AM A1 A2 A B B+E G, (*) sans adaptations, conditions ni restrictions
- apte à la conduite des véhicules de la catégorie (*) AM A1 A2 A B B+E G (*) sous les conditions ou restrictions suivantes :
 - code 02.01 : prothèse auditive à une oreille
 - code 02.02 : prothèse auditive aux deux oreilles
 - code 05.01 : limité aux trajets entre 1 heure après le lever et 1 heure avant le coucher du soleil
 - code 05.02 : limité aux trajets dans un rayon de km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donnée
 - code 05.03 : limité à la conduite sans passagers
 - code 05.04 : limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à km/h
 - code 05.05 : conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire d'un permis de conduire
 - code 05.06 : limité à la conduite sans remorque
 - code 05.07 : pas de conduite sur autoroutes
 - code 05.08 : pas d'alcool

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

- une validité illimitée
- une validité limitée jusqu'au/...../.....

Je déclare conserver dans le dossier du (de la) candidat(e) les avis médicaux mis à ma disposition pendant une période de 6 ans.

Identification du (de la) candidat(e)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
N° de registre national (facultatif) :

Adresse :
.....

Identification du médecin

Nom : Cachet
Adresse :
.....

Date
Signature

(*) Cocher la ou les rubrique(s) qui sont d'application.