



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DES ALPES-MARITIMES

ATTENTION

Préfecture
Direction de la réglementation
et des libertés publiques
Bureau de la circulation
Section des commissions médicales
06286 Nice Cedex 03

04.93.72.25.96 de 14h15 à 16h15

DEMANDE DE VISITE MÉDICALE
À EXPÉDIER QUATRE MOIS AVANT LA FIN DE VALIDITÉ
IMMÉDIATEMENT EN CAS DE SUSPENSION

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nom : Épouse : Prénom :

Né (e) le : Ville : Département :

Adresse :

Commune : Code postal :

Tél. : Profession :

Courriel (adresse internet) :

- Obtention et/ou Annulation
- Restitution
- Validation
- Régularisation
- Demande d'exemption du port de la ceinture de sécurité
- Refus médecine de ville
- Autre

Catégories de permis :

- A1 A B B1 C D EC ED EB (remorque)

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE

- 2 photographies de face, récentes et identiques (sans coiffure) mentionnant au verso le nom
1 enveloppe affranchie au tarif en vigueur aux nom et adresse du demandeur.
1 copie recto-verso de votre pièce d'identité (C.N.I., passeport, carte de séjour, en cours de validité).
1 photocopie recto-verso du permis de conduire (Validation, Régularisation, Ceinture, Refus médecine de ville ou autre). La photocopie de la déclaration en cas de perte ou de vol.
ou de la décision de suspension en cas de retrait,
ou de la décision d'annulation.

Le 02 (demande d'inscription à l'auto-école) en cas d'annulation ou d'obtention.

Fait à le signature

VOS OBSERVATIONS :

Empty box for observations