



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA VIENNE

DIRECTION DE LA RÉGLEMENTATION
ET DES LIBERTES PUBLIQUES
BUREAU DE LA CIRCULATION
ET DE LA REGLEMENTATION ROUTIERES
pref-courrier@vienne.gouv.fr

CONTROLE MEDICAL DE L'APTITUDE A LA CONDUITE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT

Je soussigné, Docteur

Né le :

Spécialité :

Adresse du cabinet médical :

N° de téléphone :

N° de fax :

Adresse de la messagerie :

Nombre d'agrèments déjà accordés :

Sollicite l'agrément pour l'exercice du contrôle médical de l'aptitude à la conduite (cocher la ou les case(s) suivante(s)) :

- en tant que médecin de la commission primaire
- en tant que médecin agréé consultant hors commission médicale
- en tant que médecin de la commission primaire et médecin agréé consultant hors commission médicale
- en tant que médecin agréé au titre de la commission d'appel

A _____, le

Signature