

Reset-Form

Imprimer

Demande de permis d'élève conducteur ou de permis de conduire pour la catégorie:

(Afin d'éviter une éventuelle attente au guichet, il est conseillé de nous faire parvenir la demande par courrier)

1 ^{er} groupe médical										2 ^e groupe médical											
A	A35KW	A1	B	B1	BE	F	G	M		C	C1	C1/118	D	D1	DE	CE	C1E	D1E	TPP 121	TPP 122	Trolleybus 110
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Indications personnelles (seules les personnes dont le domicile principal se situe dans le canton de Fribourg peuvent déposer une demande)

Nom: _____

Prénom: _____

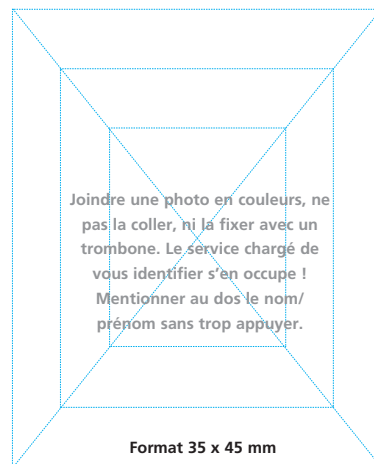
Rue, n°: _____

N° postal: _____ Localité: _____

Lieu d'origine + canton (Pour les ressortissant-e-s de l'étranger: pays d'origine) _____

Date de naissance: ____/____/____ féminin masculin

N° mobile



▽ Signature de la personne requérante ▽

Citoyen-ne-s suisses: confirmation de l'exactitude des données personnelles par la commune de domicile (uniquement lors de la première demande)
Ressortissant-e-s de l'étranger: autorisation de séjour valable

Sceau et signature: _____ Date: _____

2. Maladies, handicaps et consommation de substances

2.1 Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison: voir 2.5

- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme? non oui
- maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.)? non oui
- maladie oculaire (ne concerne pas l'acuité visuelle)? non oui
- maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement)? non oui
- maladie des organes abdominaux? non oui
- maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies)? non oui
- maladie rénale? non oui
- somnolence diurne accrue? non oui
- douleurs chroniques? non oui
- blessures consécutives à un accident incomplètement guéries (blessures crâniennes, cervicales, dorsales ou des extrémités)? non oui
- maladies avec troubles des fonctions cérébrales (troubles de la concentration, de la mémoire, des réflexes, etc.)? non oui

2.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert:

- de problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments? non oui
- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.)? non oui
- d'épilepsie ou de crises semblables? non oui
- d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence accrue? non oui

2.3 Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un véhicule automobile? non oui

2.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus: _____

2.5 En cas de réponse positive à l'une des questions aux ch. 2.1 à 2.3, un rapport du/ de la médecin traitant-e/spécialiste (pratiquant en Suisse) qui confirme l'aptitude à la conduite doit être joint à la présente demande.

3. Examen de la vue (val. 24 mois) → à compléter par un-e opticien-ne agréé-e ou un-e médecin www.ocn.ch

3.1 Acuité visuelle: non corrigée _____ corrigée _____
vision lointaine _____
à dr: à g: à dr: à g:

3.2 Champ visuel horizontal
1^{er} groupe ≥ 120° < 120°
2^e groupe ≥ 140° < 140°
pertes: non oui: à droite à gauche
 en haut en bas

3.3 Mobilité des yeux
 les 6 directions ont été examinées: à droite en haut, à droite, à droite en bas, à gauche en haut, à gauche, à gauche en bas
Diplopie: non oui, direction du regard _____

3.4 Evaluation
Exigences: 1^{er} groupe satisfaites sans correcteurs de vue satisfaites uniquement avec correcteurs de vue non satisfaites
2^e groupe satisfaites sans correcteurs de vue satisfaites uniquement avec correcteurs de vue non satisfaites

Remarques: _____

Date: _____ Sceau/signature: _____

4. Etes-vous sous curatelle: non oui
Si oui, êtes-vous privé-e de vos droits civils?
 non oui (Si oui, signature obligatoire, voir au bas de la page 1)

Nom et adresse du/de la curateur/trice: _____

5. Celui ou celle qui aura obtenu frauduleusement un permis en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats sera puni-e de l'emprisonnement ou de l'amende (art. 97, loi sur la circulation routière, LCR) et se verra retirer le permis (art. 16 LCR).

Date: ____/____/____ Signature de la personne requérante _____

Pour les personnes mineures ou privées de droits civils, signature du/de la représentant-e légal-e (père, mère ou curateur/trice): _____

Contrôle de la demande	SIAC-Mesures	Médical	Théorie	Conditions	N° de détenteur
------------------------	--------------	---------	---------	------------	-----------------