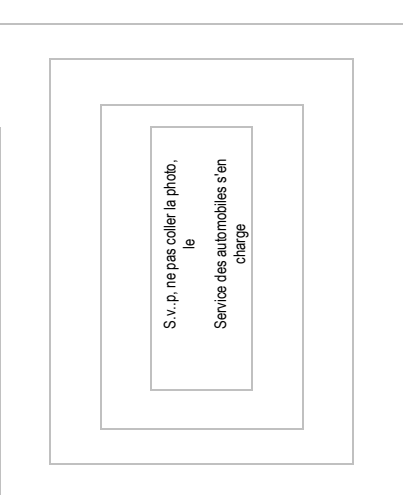


<input type="checkbox"/> Demande d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire pour la catégorie : <input type="checkbox"/> Demande d'échange d'un permis de conduire étranger de la/des catégorie/s :	FO 302 01 - Page 1 de 2 Version 11.0
---	--

A B C D BE CE DE G F
 A1 B1 C1 D1 C1E D1E M TPP

Pour une description complète des catégories, veuillez consulter www.scan-ne.ch/categories.



Préambule : le genre masculin englobe, pour des raisons de simplification et de lisibilité, le genre féminin. / À remplir en majuscule et au stylo noir.

Indications personnelles Madame Monsieur

Nom/s : (nom de naissance à spécifier si différent du nom de famille)

Prénom/s :

Rue et no :

NPA et localité :

Date de naissance :

Tél. privé :

Tél. prof. :

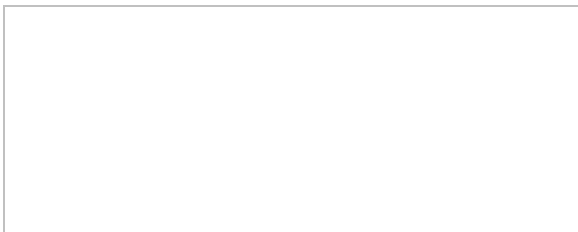
Portable :

Nationalité : (pour ressortissant étranger USA, F, GB, D, B, etc.)

Lieu/x d'origine & canton/s : (pour ressortissant suisse)

Courriel/s :

Signature du conducteur
 Signature à l'intérieur du cadre avec un stylo de couleur noir →



Questionnaire (recto et verso)

Questionnaire (recto et verso)			
	Non	Oui : remarques	
<p>4 Mesures</p> <p>Le permis d'élève conducteur, le permis de conduire ou l'autorisation de transporter des personnes à titre professionnel vous ont-ils déjà été refusés ou retirés ou la conduite d'un véhicule vous a-t-elle déjà été interdite ?</p> <p align="right"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			<p>5.1 Suite</p> <p>- maladies avec troubles des fonctions cérébrales (troubles de la concentration, de la mémoire, des réflexes, etc.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :</p> <p>- problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (cure de désintoxication/traitement ambulatoire) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- d'épilepsie ou de crises semblables ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence accrue? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un véhicule automobile ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>5 Maladies, handicaps et consommation de substances</p> <p>5.1 Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison :</p> <p>- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- maladie oculaire ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- maladie des organes abdominaux ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- maladie rénale ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- somnolence diurne accrue ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- douleurs chroniques ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- blessures consécutives à un accident incomplètement guéries (blessures crâniennes, cervicales, dorsales ou des extrémités) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			<p>En cas de réponse positive à l'une des questions aux ch. 5.1 à 5.3, joindre à la présente demande un rapport du médecin traitant (dans le cas contraire, la personne concernée serait renvoyée d'office à un médecin reconnu de niveau 4).</p>

Rappel des indications personnelles : Nom/s :

Prénom/s :

Date de naissance :

À FAIRE REMPLIR PAR UN OPTICIEN DIPLÔMÉ OU UN OPHTALMOLOGUE PRATIQUANT EN SUISSE - Rappel des exigences médicales >>> www.scan-ne.ch/opticiens

5.5 Test de la vue (validité: 24 mois)

5.51 Acuité visuelle : Vision lointaine non corrigée :

à droite :

à gauche :

Acuité visuelle : Vision lointaine corrigée :

à droite :

à gauche :

5.52 Champ visuel horizontal : 1er groupe

 ≥ 120 < 120

Pertes

 non oui

Champ visuel horizontal : 2e groupe

 ≥ 140 < 140 à droite à gauche en haut en bas

5.53 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 : _____

5.54 Remarques : _____

5.55 Évaluation

du 1er groupe

Exigences :

satisfaites sans correcteurs de vue

satisfaites uniquement avec des

correcteurs de vue

non satisfaites

du 2e groupe

Exigences :

satisfaites sans correcteurs de vue

satisfaites uniquement avec des

correcteurs de vue

non satisfaites

À compléter, uniquement, par un opticien diplômé¹ ou un ophtalmologue² pratiquant en SuisseDate de l'examen¹ ou ² : _____Cachet¹ ou ² : _____Nom/s et prénom/s¹ : _____Global Location Number (GLN)² : _____Signature¹ ou ² : _____

6 Curatelle et/ou mineure

Êtes-vous mineur ou sous curatelle de portée générale ?

 non oui

Si oui : nom/s, prénom/s et

adresse du représentant légal : _____

7 Permis de conduire antérieurs

Non Oui : remarques

7.1 - Êtes-vous déjà titulaire d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire (suisse ou étranger) ?

7.2 - Si oui : pour quelles catégories ? _____

7.3 - Par quel canton ou État a-t-il été délivré ? _____

7.4 Date de délivrance du permis ? _____

7.5 En cas d'échange d'un permis de conduire étranger; dans quel État avez-vous passé l'examen ? _____

7.6 En cas d'échange d'un permis de conduire étranger; qu'elle est la date exacte de votre entrée en Suisse ? _____

8 À remplir pour les demandes de permis pour les catégories D, D1, et TPP

8.1 - Avez-vous une expérience pratique de la conduite de véhicules des catégories suivantes et, si oui, depuis combien de temps ?

Catégories :

B

Non Oui : nombre de mois

Catégories :

C

Non Oui : nombre de mois

B1

C1

F

Trolleybus

Documents à annexer : 1 photographie³ format passeport en couleur 1 copie d'une pièce d'identité suisse ou d'un permis de séjour l'attestation du cours "premiers secours aux blessés" 1 certificat médical pour : le groupe 1 le groupe 2 attestation de l'Office cantonal de la formation professionnelle, selon laquelle un contrat d'apprentissage valable a été conclu permis de conduire étranger (original)³Format env. 35x45 mm - Les photographies prises de profil ou sur lesquelles le candidat porte des lunettes de soleil, un chapeau ou une casquette ne sont pas acceptées**Par votre/vos signature/s vous attestez avoir rempli ce formulaire (pages 1 et 2) conformément à la vérité.**

Informations légales :

- Quiconque aura obtenu frauduleusement un permis en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (art. 97 LCR) et se verra retirer le permis (art. 16 LCR).
- Pour les personnes mineures ou sous curatelle de portée générale, signature du représentant légal également obligatoire.

Lieu et date :

Signature/s, pour les personnes mineures ou sous curatelle, signature du représentant légal obligatoire**Avant de nous faire parvenir votre demande assurez-vous d'avoir :**

- entièrement complété les pages 1 et 2 de ce formulaire

- signé une 1^{ère} fois dans le cadre, créé à cet effet, en dessous de l'emplacement prévu pour votre photo- signé une 2^{ème} fois dans le cadre en dessous des "informations légales" accompagné, si besoin, de la signature du représentant légal.