

Demande de permis de conduire bateau

FO 307 10 — Page 1 de 2
Version 11.0 - 09.02.18 - STH

Pour la catégorie : A bateau motorisé (dès 18 ans) D bateau à voile (dès 14 ans)

Catégories professionnelles

B bateau à passagers (dès 21 ans) C bateau à marchandises (dès 20 ans)
 E bateau de construction particulière

Indications personnelles

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom :	Prénom :
Rue :	NPA / Localité :
Date de naissance :	Commune d'origine :
Numéro de téléphone :	E-mail :
Nom du moniteur :	

Êtes-vous déjà en possession d'un permis de conduire pour bateaux ? si oui, catégorie _____ oui non

Support pour l'examen théorique

Brochure "Naviguez dans les eaux suisses" + code d'accès personnel

à l'application WEB au prix de CHF 89.00. Désirez-vous obtenir cette brochure ?

oui non

Pièce à joindre à cette déclaration :

une photographie passeport récente en couleur (format env. 35x45 mm en indiquant le nom et le prénom au verso) sauf si vous êtes déjà en possession d'un permis de conduire véhicule format carte de crédit.

Lieu et date :

Signature du requérant :

Pour les mineurs / personnes sous tutelles, signature
du représentant légal (père, mère ou tuteur(trice)) :

Un certificat médical est exigé pour les personnes âgées de plus de 65 ans

Certificat de la vue obligatoire d'une validité inférieure à 24 mois.

Un tel examen n'est pas nécessaire si un certificat encore valable est déjà déposé auprès du SCAN.

VEUILLEZ REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO SVP

Questionnaire

4 Mesures	Non	Oui : remarques	5.1 Suite	Non	Oui : remarques
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- maladies avec troubles des fonctions cérébrales (troubles de la concentration, de la mémoire, des réflexes, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Maladies, handicaps et consommation de substances			5.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :		
5.1 Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison :			- problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (cure de désintoxication/traitement ambulatoire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maladie oculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Si oui: avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- d'épilepsie ou de crises semblables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maladie des organes abdominaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence accrue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
- maladie rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus:		
- somnolence diurne accrue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- douleurs chroniques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- blessures consécutives à un accident incomplètement guéries (blessures crâniennes, cervicales, dorsales ou des extrémités) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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).

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 :			Acuité visuelle : Vision lointaine corrigée :		
à droite :			à droite :		
à gauche :			à gauche :		
5.52 Champ visuel horizontal : 1er groupe	<input type="checkbox"/> ≥ 120	<input type="checkbox"/> < 120	Champ visuel horizontal : 2e groupe	<input type="checkbox"/> ≥ 140	<input type="checkbox"/> < 140
Pertes	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	
			<input type="checkbox"/> en haut	<input type="checkbox"/> en bas	
5.53 Mobilité des yeux :	<input type="checkbox"/>	les 6 directions ont été examinées :			
Diplopie	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, direction :	à droite en haut, à droite, à droite en bas, à gauche en haut, à gauche, à gauche en bas		
5.54 Remarques :	-----				
5.55 Évaluation du 1er groupe	<input type="checkbox"/>	Exigences :	du 2e groupe	<input type="checkbox"/>	
satisfaites sans correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>		satisfaites sans correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>	
satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>		satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>	
non satisfaites	<input type="checkbox"/>		non satisfaites	<input type="checkbox"/>	

À compléter, uniquement, par un opticien diplômé¹ ou un ophtalmologue² pratiquant en Suisse

Date de l'examen¹ ou ² : -----

Nom/s et prénom/s¹ : -----

Global Location Number (GLN)² : -----

Signature¹ ou ² : -----

Cachet¹ ou ² :