

Je, soussigné(e) ophtalmologue, déclare par la présente avoir examiné le (la) candidat(e) mentionné(e) ci-après. Conformément à l'annexe 6 - III de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, le (la) candidat(e) :

- est déclaré(e) apte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G sans conditions ni restrictions (*)
- est déclaré(e) inapte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G (*)
- peut être déclaré(e) apte après examen par le médecin du centre visé à l'article 45 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, conformément aux dispositions de l'annexe 6, III précitée. Je donne un avis favorable pour la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G (*) aux conditions ou restrictions ci-dessous :
- est déclaré(e) apte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E, G (*) sous les conditions ou restrictions suivantes : (*)
 - code 01.01 : lunettes
 - code 01.02 : lentilles de contact
 - code 01.03 : verre protecteur
 - code 01.04 : verre opaque
 - code 01.05 : couvre-oeil
 - code 01.06 : lunettes ou lentilles de contact
 - code 05.01 : limité aux trajets entre 1 heure après le lever et 1 heure avant le coucher du soleil
 - code 05.02 : limité aux trajets dans un rayon de km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donnée
 - code 05.03 : limité à la conduite sans passagers
 - code 05.04 : limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à km/h
 - code 05.05 : conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire d'un permis de conduire
 - code 05.06 : limité à la conduite sans remorque
 - code 05.07 : pas de conduite sur autoroutes
 - code 05.08 : pas d'alcool

Sur la base des constatations médicales et, conformément à l'annexe 6, III précitée, cette attestation d'aptitude a, sur le plan ophtalmologique : (*)

- une validité illimitée
- une validité limitée jusqu'au/...../.....

Identification du (de la) candidat(e)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
N° de registre national (facultatif) :

Adresse :
.....

Identification du médecin

Nom : Cachet
Adresse :
.....

Date
Signature

(*) Cocher la ou les rubrique(s) qui sont d'application.