

XII. Attestation d'aptitude délivrée par le médecin du centre visé à l'article 45 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire au candidat au permis de conduire du groupe 1

Je soussigné(e), ....., médecin, déclare par la présente que le candidat mentionné ci-après, sur la base des examens effectués par moi-même ou par d'autres médecins, et des résultats d'un test pratique de conduite effectué avec un véhicule à moteur de la catégorie : (\*)

A3      A      B      B+E

est déclaré : (\*\*)

inapte à la conduite

apte, sans adaptations

code 10.01 : changement de vitesses manuel

apte sous les conditions ou restrictions suivantes

code 03.01 : prothèse/orthèse à un membre supérieur

code 03.02 : prothèse/orthèse à un membre inférieur en combinaison avec

code 90.03 : gauche

code 90.04 : droit

code 90.05 : main

code 90.06 : pied

code 02.01 : prothèse auditive à une oreille

code 02.02 : prothèse auditive aux deux oreilles

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 05.04 : limité à la conduite à une vitesse inférieure à..... km/h

code 05.06 : limité à la conduite sans remorque

code 05.07 : non valable sur autoroutes

apte avec les adaptations suivantes :

code.....

code.....

code.....

L'attestation d'aptitude de l'ophtalmologue est jointe en annexe (\*\*)

oui

non

Sur la base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, cette attestation d'aptitude a : (\*\*)

une validité illimitée

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

Je déclare conserver dans le dossier du candidat les avis médicaux mis à ma disposition pendant une période de 6 ans.

Identification du candidat

Identification du médecin

Nom : .....

Nom : ..... Cachet

Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ...../...../.....

.....

N° de registre national (facultatif) : .....

Adresse : .....

.....

Date

Signature

(\*) Biffer les catégories non valables.

(\*\*) Cochez la rubrique qui est d'application.