

Déclaration personnelle pour le candidat au permis de conduire du groupe 2

N° dossier: N° d'archive:

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

Lieu de naissance: _____

N° de registre national (facultatif): _____

Catégorie et/ou sous-catégorie du permis de conduire actuel: (*)

A3 A B B+E C C+E C1
 C1+E D D+E D1 D1+E

Délivré à: _____ N°: _____

Valable jusqu'au: ____ / ____ / ____

Candidat au permis de conduire valable pour la catégorie: _____

Le cas échéant: date de l'examen précédent: _____

nom du médecin examinateur: _____

Questionnaire à remplir par le candidat (cochez les cases appropriées)

1. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une affection du système nerveux central ou périphérique, une hémorragie cérébrale, une lésion cérébrale, une fracture du crâne, un coma ? oui non
2. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour des troubles importants de votre capacité de jugement, de perception, d'adaptation ou une affection des réactions psychomotrices ? oui non
3. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une aliénation ou une affection psychiatrique ? oui non
4. Souffrez-vous de difficultés d'adaptation importantes qui s'expriment, par exemple, par un comportement routier inadapté, une prise de risques exagérée, un comportement incontrôlé ? oui non
5. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour épilepsie, diminution de la conscience, perte de conscience brutale brève ou prolongée, paralysie subite, vertiges ou troubles de l'équilibre ? oui non
6. Etes-vous anormalement fatigué ou éprouvez-vous l'envie de dormir pendant la journée ? oui non
7. Ronflez-vous bruyamment pendant votre sommeil ? oui non

8. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour maladie cardiaque ou vasculaire, troubles du rythme cardiaque ou de la conduction, infarctus, problèmes de tension artérielle ? oui non
9. Avez-vous subi une opération cardiaque ? oui non
10. Etes-vous privé de l'usage d'un bras, d'une main et/ou de doigts, d'une jambe et/ou d'un pied ou des articulations correspondantes ? oui non
11. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour le diabète ? oui non
12. Etes-vous ou avez-vous été en traitement chez un ophtalmologue pour une maladie des yeux ? oui non
13. Avez-vous subi une opération aux yeux ou un traitement au laser ? oui non
14. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ? oui non
15. Votre vision, son acuité et/ou votre champ visuel est-il atteint ? oui non
16. Votre vision crépusculaire ou dans l'obscurité est-elle réduite ou insuffisante ? oui non
17. Etes-vous dépendant de l'alcool, de drogues ou de l'usage abusif de médicaments, ou avez-vous été en traitement pour l'un de ces motifs ? oui non
18. Prenez-vous des médicaments susceptibles d'influencer la conscience, la perception, la capacité de jugement ou le fonctionnement normal tels que tranquillisants, somnifères, stimulants, anti-dépresseurs ou autres psychotropes ? oui non
19. Souffrez-vous d'une affection au foie ou aux reins ? oui non
20. Avez-vous subi une transplantation d'organe ou un autre implant artificiel ayant une influence possible sur votre aptitude à la conduite ? oui non

Je, soussigné, déclare sur l'honneur avoir répondu loyalement aux questions posées ci-dessus et ne pas être atteint d'une autre maladie ou d'une autre affection quelconque susceptible d'entraver ou d'empêcher, même passagèrement, la conduite normale d'un véhicule d'une catégorie ou sous-catégorie du groupe 2.

Date: ____ / ____ / _____

Signature:

Les données collectées à l'aide de ce formulaire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, seront traitées pour la gestion des examens médicaux en vue de l'obtention d'un permis de conduire par et sous la responsabilité du Service Externe de Prévention et de Protection Securex.

Si vous désirez prendre connaissance des données qui vous concernent et demander, le cas échéant, la rectification de celles-ci, adressez-vous au Service Externe de Prévention et de Protection Securex.

(*) Cochez les catégories valables.