



**CANTON DU VALAIS**  
**KANTON WALLIS**

**Demande de permis d'élève ou de conduire pour la catégorie**  
**Demande d'échange d'un permis de conduire étranger pour la catégorie**

**A A<sup>25kw</sup> A1 B B1 C C1 D D1 BE CE C1E DE D1E F G M TPP**

**Indications personnelles**

Nom  
Prénom  
Rue, no  
No postal, localité  
Lieu d'origine  
Date de naissance Féminin Masculin  
Domicile précédent Jusqu'au

Coller la photo  
au centre et  
parallèlement  
aux lignes

Format passeport en couleur

No de personne

**Signature du (de la) requérant(e)**  
(En noir dans ce rectangle)

**Confirmation de l'identité et de l'exactitude des données  
personnelles par l'Administration communale**

Date : Sceau et signature

Remplir par le Service de la circulation routière et de la navigation

ADMAS

Conditions

No de personne

**Maladies, infirmités et toxicomanies**

- Souffrez-vous d'affections incomplètement guéries telles que :
  - maladie des organes respiratoires ?
  - maladie cardio-vasculaire ?
  - maladie rénale ?
  - maladie du système nerveux ?
  - maladie des organes abdominaux ?
  - blessure consécutive à un accident ?
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert :
  - d'évanouissements ?
  - d'états de faiblesse ?
  - de toxicomanies (alcool, drogues, médicaments) ?
  - de troubles mentaux
  - de crises d'épilepsie ou de crises semblables ?
  - de surdité ?
- A votre connaissance, votre tension artérielle est-elle normale ?  
si non : trop haute trop basse
- Avez-vous été hospitalisé dans un établissement pour alcoolique ?
- Avez-vous suivi une cure de désintoxication pour consommation de stupéfiants ?
- Avez-vous été hospitalisé dans un établissement en raison de troubles mentaux ou de dépression ?
- Souffrez-vous d'autres maladies ou infirmités qui vous empêcheraient de conduire en toute sécurité un véhicule automobile ?
- Remarques

**Examen de la vue (valable 24 mois)**

A compléter par un opticien agréé ou un oculiste

- **Acuité visuelle** non corrigée corrigée  
vision lointaine à dr..... à g ..... à dr..... à g .....
- **Champ visuel horizontal**  
 sans limite  ≥140°  < 140°  
pertes :  non  oui :  à droite  à gauche
- **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 du regard .....
- **Vue stéréoscopique**  
Existe-t-il d'importantes réductions ?  oui  non
- **Motilité pupillaire**  
existe-t-il une anisocorie ?  oui  non  
réaction à la lumière  prompte (des 2 yeux)  retardée ou manquante

**Résultat**

- les exigences pour le groupe ..... sont remplies
- sans appareil optique  avec lunettes ou verres de contact
- seulement avec une autorisation d'un ophtalmologue

Remarque : .....

Date : ..... Sceau/Signature : .....

**Personnes sous tutelle**

Etes-vous sous tutelle ?  
Nom et adresse du tuteur :

Celui qui aura obtenu frauduleusement un permis en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats sera puni de l'emprisonnement ou de l'amende (art. 97 de la loi sur la circulation routière, LCR) et se verra retirer le permis (art. 16 LCR)

Date : Signature : .....

Pour les mineurs/personnes sous tutelle, signature du représentant légal .....