



### 3 Conditions

3.1 Port de correcteurs de vue pour groupe 1  oui  non  
Port de correcteurs de vue pour groupe 2  oui  non

3.2 Contrôle médical régulier auprès d'un:  
 médecin de niveau 1  médecin spécialisé en  
.....

Dernier contrôle effectué le : .....

Le résultat du contrôle médical doit être communiqué à l'autorité cantonale tous les ..... mois.

3.3  Autre condition (par ex. mesure de la glycémie avant le début de la course en cas de traitement de diabète avec risque d'hypoglycémie):  
.....

### 4 Prochain contrôle

dans un délai normal, conforme à l'OAC

dans un délai plus court que prévu dans l'OAC:

Prochain contrôle dans ..... mois par un médecin reconnu de niveau .....

**Le médecin soussigné atteste être reconnu par le service de la circulation routière et de la navigation (SCN) pour établir ce certificat médical.**

Date de l'examen:

.....

Global Location Number (GLN) du médecin:

.....

Cachet et signature du médecin:

.....

Prière de cocher ce qui convient



Département de la sécurité, des institutions  
et du sport  
Service de la circulation routière  
et de la navigation  
Administration et logistique

CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

CP 625, 1951 Sion

Date : .....



N° de détenteur .....  
Date de naissance .....  
Commune d'origine .....  
(Pour les étrangers, pays d'origine) .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
NPA : .....  
Localité : .....

**Exemplaire pour le médecin - ne pas transmettre au SCN**

**Rapport d'examen médical :**

Confédération Suisse

Loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière

**Catégories C ou D, sous-catégories C1 ou D1, autorisation de transporter des personnes à titre professionnel, experts de la circulation**

**A. Anamnèse**

maladies et conséquences d'accident significatives du point de vue de la médecine du trafic, consommation de médicaments, consommation de stupéfiants, troubles de la conscience, vertiges, syncopes, épilepsies, maladies psychiques, diabète, autres troubles du métabolisme, troubles des fonctions cérébrales, maladies avec somnolence diurne accrue

**B. Rapport d'examen**

**1 Etat de santé général/impression générale:**

.....

**2 Facultés visuelles**

vision lointaine:

**Non corrigée :** à droite : ..... à gauche : .....

**Corrigée :** à droite : ..... à gauche : .....

vision monoculaire:

diplopie:

réaction à la lumière:

motilité:

champ visuel:

**3 Ouïe**

Voix normale audible : ..... mètres (à droite/à gauche)

Voix chuchotée : ..... mètres (à droite/à gauche)

Maladies de l'oreille interne ou moyenne :

**4 Peau**

emplacements des piqûres:

cloison nasale particulière:

stigmates au niveau du foie:

autres particularités:



