

Nom et adresse du client

.....
.....
.....

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

Sion, le

RAPPORT MEDICAL

Selon la loi fédérale du 19.12.1958 sur la circulation routière
Destiné à l'autorité délivrant le permis

- Conducteur d'un véhicule automobile du groupe : Date du dernier contrôle :
- Conducteur de véhicules pour lesquels un permis de conduire n'est pas nécessaire
- Moniteur de conduite Moniteur pour l'enseignement théorique Inspecteur

Constatations déterminantes pour la conclusion du médecin :

.....
.....

- | | | | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| 1 | Le candidat est apte à conduire | | |
| 11 | Des véhicules du 3ème groupe (cat. A, A1, B, B1, F, G, M, MIII) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 12 | Des véhicules du 2ème groupe (cat. C, C1, D1, MI, MII, MIV) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 13 | Des véhicules du 1er groupe (cat. D) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 14 | Des véhicules pour lesquels un permis de conduire n'est pas nécessaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2 | Le candidat est apte à pratiquer | | |
| 21 | Comme moniteur de conduite (cat. I, II, IV) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 21 | Comme moniteur de l'enseignement théorique (cat. III) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 23 | Comme inspecteur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

3 Le candidat est apte s'il se soumet aux conditions médicales suivantes :

.....
.....

- 4 Répétition de l'examen tous les ans par le médecin-conseil médecin de famille
- 5 Autres remarques

.....

Concerne les certificats pour chauffeurs de véhicules des groupes 1 et 2 :

Le médecin soussigné atteste être reconnu par le service de la circulation routière et de la navigation (SCN) pour établir les certificats médicaux pour chauffeurs de véhicules des groupes 1 et 2 (selon annexe 1 de l'OAC)

Lieu et date :

Signature et timbre du médecin

Prière de cocher ce qui convient

- 4 **Ouïe:**
41 Voix normale audible à droite : à gauche :
42 Maladies de l'oreille interne ou moyenne :

5 Cage thoracique et colonne vertébrale

- 51 Déformations, difformités, raideurs :

6 Organes respiratoires

- 61 Organes respiratoires supérieures et inférieures :
62 Poumons :

7 Cœur et vaisseaux

- 71 Limite du cœur (matité relative, choc de la pointe):
72 Bruits cardiaques, évent. souffle :
73 Action cardiaques : au repos :
 après 10 flexions de genoux :
 temps de récupération :
74 Pression artérielle (systolique diastolique) :

8 Abdomen et organes d'assimilation

- 81 Organes de la digestion :
82 Organes génito-urinaires y compris l'analyse d'urine pour déceler l'albumine et le diabète :
.....
83 Système endocrinien :
84 Hernies, prolapsus :

9 Membres

- 91 Anomalies, mutilations :
92 Troubles fonctionnels :

- 10 **Le candidat doit-il être envoyé chez un spécialiste ?** Oui Non

Lieu et date :

Signature et timbre du médecin

- Prière de cocher ce qui convient

