

**Coordonnées du spécialiste :**

.....  
.....  
.....  
.....  
Tél : .....

Service de la circulation routière  
et de la navigation  
Rue de la Dixence 85C  
Case postale 625  
1951 SION

....., le

**Destiné à l'autorité délivrant le permis**

**RAPPORT MEDICAL POUR VOTRE**

Evaluation pour la conduite d'un véhicule automobile du groupe

**Nom, prénom :** ..... **, né(e) le** .....

**1. Est apte à conduire**

1.1 des véhicules du 1<sup>er</sup> groupe (Catégories A, B, sous-catégories A1, B1, catégories spéciales F, G, M)

Oui  Non

1.2 des véhicules du 2<sup>ème</sup> groupe (Catégories C, D ; sous-catégories C1, D1 ; autorisation de transporter des personnes à titre professionnel, experts de la circulation)

Oui  Non

1.3 des véhicules pour lesquels un permis de conduire n'est pas nécessaire

Oui  Non

**aux conditions médicales suivantes :**

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

**2. Constatations déterminantes pour la conclusion du médecin :**

.....  
.....

**3. Autres remarques**

.....  
.....

**Une réévaluation de l'aptitude à la conduite s'impose :**  oui  non

**Si oui, dans combien de mois ?** \_\_\_\_\_

Date de l'examen: ..... Global Location Number (GLN) du médecin: .....

Cachet et signature du médecin : .....

Prière de cocher ce qui convient