Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA GIRONDE

DEMANDE DE VISITE MÉDICALE
devant la Commission Médicale des Permis de Conduire

Votre visite doit s'effectuer si vous entrez dans les cas suivants :

- ► **visite suite à annulation judiciaire avec au moins une infraction associée à la consommation d'alcool ou de stupéfiants ;**
- ► **visite suite à invalidation pour solde de points nul avec au moins une infraction associée à la consommation d'alcool ou de stupéfiants ;**
- ► **votre 1re ou 2e visite à infraction associée à la consommation d'alcool ;**
- ► **votre 1re, 2e, 3e ou 4e visite suite à infraction associée à la consommation de stupéfiants.**

À ADRESSER PAR COURRIER :

► **Si vous habitez une commune dans le ressort de la Sous-Préfecture d'Arcachon :**
à la Sous-Préfecture d'Arcachon – Bureau de la Circulation
55, boulevard du Général-Leclerc – 33120 ARCACHON

► **Si vous habitez une commune dans le ressort de la Sous-Préfecture de Libourne :**
à la Sous-Préfecture de Libourne – Bureau de la Circulation
8, avenue de Verdun – 33504 LIBOURNE CEDEX

► **Si vous habitez dans une autre commune du département de la Gironde :**
à la Préfecture de la Gironde – Bureau de la Circulation – Commission Médicale
2, Esplanade Charles de Gaulle - CS 41397 - 33077 BORDEAUX CEDEX

ATTENTION **Prévoyez donc de formuler votre demande de visite médicale AU MINIMUM 2 MOIS AVANT LA DATE DE FIN DE VALIDITÉ PORTÉE SUR VOTRE PERMIS.**

Vous devrez IMPÉRATIVEMENT vous présenter au rendez-vous qui vous aura été fixé.

A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

Nom de naissance : ..... N° Permis de conduire .....

Prénom : .....

Nom d'épouse ou d'usage *(le cas échéant)* : .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (*jour* *mois* *année*) Lieu de naissance : ..... (*Ville et pays*)

Adresse complète en Gironde : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

N° Téléphone : ..... N° Portable : .....

Courriel : .....

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :

- 1 copie du permis **OU** 1 copie de l'arrêté de suspension ou 1 copie de l'arrêté d'annulation mentionnant la date de retrait du titre **OU** de la décision judiciaire ;
- 1 « **Lettre suivie 50 g** », libellée à vos nom et adresse (lettre suivie par la poste).

RAPPEL : Les frais médicaux de 46 € sont à votre charge (chèque ou espèces).

BIEN VOULOIR REMPLIR LE VERSO DE CE DOCUMENT

2919 dasp – 02/16

VISITE MÉDICALE EN VUE DE *(cocher les cases correspondantes)* :

Date de l'expiration du permis : |__|__|__|__|__|__|__|__|

1 – ► Renouvellement de la période de validité après infraction liée :

► à la consommation d'alcool :

1re visite ..... ❑

2e visite ..... ❑

► à la consommation de stupéfiants :

1re visite ..... ❑

2e visite ..... ❑

3e visite ..... ❑

4e visite ..... ❑

2 – ► Visite suite à invalidation pour solde de points nul avec au moins une infraction associée à la consommation d'alcool ou de stupéfiants ❑

3 – ► Visite suite à annulation judiciaire avec au moins une infraction associée à la consommation d'alcool ou de stupéfiants ..... ❑

4 – ► Autres cas *(précisez)* : ..... ❑

FAIT À ....., LE |__|__|__|__|__|__|__|__|

(Signature du patient)