



Déclaration personnelle

Candidats au permis de conduire du groupe 2

- Complétez ce formulaire et apportez-le jour de votre examen médical.
- Ce formulaire se trouve également sur le site internet de Medex : www.medex.belgium.be (rubrique Chauffeurs)
- Contact Center : 02/524 97 97

1. Coordonnées du candidat

Numéro de Registre National

Nom

Prénom

2. Informations concernant votre permis de conduire

Catégorie et/ou sous-catégorie du permis de conduire actuel

A3 A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E(*)

(*) Cochez la bonne catégorie

Délivré à N° :

Valable jusqu'au : / / 20 inclus.

Candidat au permis de conduire valable pour la catégorie:

Le cas échéant:

Date de l'examen précédent : / / 20

Nom du médecin examinateur :

3. Questionnaire à remplir par le candidat (cochez les cases appropriées)

	OUI	NON
1. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une affection du système nerveux central ou périphérique, une hémorragie cérébrale, une lésion cérébrale, une fracture du crâne, un coma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour des troubles importants de votre capacité de jugement, de perception, d'adaptation ou une affection des réactions psychomotrices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une aliénation ou une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Souffrez-vous de difficultés d'adaptation importantes qui s'expriment, par exemple, par un comportement routier inadapté, une prise de risques exagérée, un comportement incontrôlé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour épilepsie, diminution de la conscience, perte de conscience brutale brève ou prolongée, paralysie subite, vertiges ou troubles de l'équilibre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Etes-vous anormalement fatigué ou éprouvez-vous l'envie de dormir pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ronflez-vous bruyamment pendant votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour maladie cardiaque ou vasculaire, troubles du rythme cardiaque ou de la conduction, infarctus, problèmes de tension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous subi une opération cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Etes-vous privé de l'usage d'un bras, d'une main et/ou doigts, d'une jambe et/ou d'un pied ou des articulations correspondantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour le diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Etes-vous ou avez-vous été en traitement chez un ophtalmologue pour une maladie des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous subi une opération aux yeux ou un traitement au laser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 15. Votre vision, son acuité et/ou votre champ visuel sont-ils atteints ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Votre vision crépusculaire ou dans l'obscurité est-elle réduite ou insuffisante ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Etes-vous dépendant de l'alcool, de drogues ou de l'usage abusif de médicaments, ou avez-vous été en traitement pour l'un de ces motifs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Prenez-vous des médicaments susceptibles d'influencer la conscience, la perception, la capacité de jugement ou le fonctionnement normal tels que tranquillisants, somnifères, stimulants, antidépresseurs ou autres psychotropes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Souffrez-vous d'une affection au foie ou aux reins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Avez-vous subi une transplantation d'organe ou un autre implant artificiel ayant une influence possible sur votre aptitude à la conduite ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je, soussigné, déclare sur l'honneur avoir répondu loyalement aux questions posées ci-dessus et ne pas être atteint d'une autre maladie ou d'une autre affection quelconque susceptible d'entraver ou d'empêcher, même passagèrement, la conduite normale d'un véhicule d'une catégorie ou sous-catégorie du groupe 2.

Date: / /

Signature du candidat