

VIII. ATTESTATION D'APTITUDE POUR LE(LA) CANDIDAT(E) AU PERMIS DE CONDUIRE DU GROUPE 1, DELIVREE PAR L'OPHTALMOLOGUE

Je, soussigné(e) ophtalmologue, déclare par la présente avoir examiné le (la) candidat(e) mentionné(e) ci-après. Conformément à l'annexe 6 - III de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, le (la) candidat(e) :

- est déclaré(e) apte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G sans conditions ni restrictions (*)
- est déclaré(e) inapte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G (*)
- peut être déclaré(e) apte après examen par le médecin du centre visé à l'article 45 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, conformément aux dispositions de l'annexe 6, III précitée. Je donne un avis favorable pour la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G (*) aux conditions ou restrictions ci-dessous (*) :
- est déclaré(e) apte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G (*) sous les conditions ou restrictions suivantes (*) :
 - code 01.01 : lunettes
 - code 01.02 : lentilles de contact
 - code 01.05 : couvre-oeil
 - code 01.06 : lunettes ou lentilles de contact
 - code 01.07 : aide optique spécifique
 - code 61 : limité aux trajets entre 1 heure après le lever et 1 heure avant le coucher du soleil
 - code 62 : limité aux trajets dans un rayon de km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donnée
 - code 63 : limité à la conduite sans passagers
 - code 64 : limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à km/h
 - code 65 : conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire d'un permis de conduire
 - code 66 : limité à la conduite sans remorque
 - code 67 : pas de conduite sur autoroutes
 - code 68 : pas d'alcool

Sur la base des constatations médicales et, conformément à l'annexe 6, III précitée, cette attestation d'aptitude a, sur le plan ophtalmologique : (*)

- une validité illimitée
- une validité limitée jusqu'au/...../.....

Identification du (de la) candidat(e)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
N° de registre national (facultatif) :

Adresse :
.....

Identification du médecin

Nom : Cachet
Adresse :
.....

Date
Signature

(*) Cocher la ou les rubrique(s) qui sont d'application.

Vu pour être annexé à notre arrêté royal du 14 décembre 2016 transposant la directive 2015/653/UE de la Commission du 24 avril 2015 modifiant la directive 2006/126/CE du Parlement européen et du Conseil relative au permis de conduire.

PHILIPPE

Par le Roi :
Le Ministre de la Mobilité,
Fr. BELLOT