

Lettre de renvoi destinée à recueillir l'avis du médecin spécialiste concernant l'aptitude à conduire

Date de la demande : / /

Patient :

Nom et prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Cher Confrère,

Le patient présente une ou plusieurs affection(s) ou maladie(s) mentionnée(s) dans l'annexe 6 de l'arrêté royal relatif au permis de conduire¹, susceptible(s) d'impacter l'aptitude à la conduite.

J'ai été désigné(e) par le patient comme médecin concluant pour déterminer son aptitude à conduire un véhicule de la catégorie de permis du groupe 1 (conduite à titre privé).

Sur base de ses déclarations, de mes constatations et conformément aux dispositions des critères médicaux repris à l'annexe 6, l'avis d'un spécialiste repris ci-dessous est requis :

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Neurologue | <input type="checkbox"/> Endocrinologue/diabétologue |
| <input type="checkbox"/> Psychiatre | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologue |
| <input type="checkbox"/> Pneumologue | <input type="checkbox"/> Interne |
| <input type="checkbox"/> Cardiologue | |
| Autre : | |

Puis-je vous demander de me communiquer votre avis en complétant le formulaire ci-joint ?

Si vous jugez utile de me transmettre d'autres informations ou rapports, je vous saurais gré de les joindre également.

D'avance, je vous remercie et vous prie d'agréer mes salutations confraternelles.

Nom et adresse du médecin concluant

Cachet

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

¹L'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire décrit les troubles fonctionnels et affections éliminatoires et les normes médicales auxquelles tout conducteur doit satisfaire. L'annexe 6 peut être consultée à l'adresse suivante : www.awsr.be/dac.

FORMULAIRE D'AVIS CONCERNANT L'APTITUDE A CONDUIRE D'UN CONDUCTEUR DU GROUPE 1

Je soussigné(e) Docteur en médecine, déclare par la présente avoir examiné le patient dont la référence se trouve ci-dessous.

Eu égard à ma spécialité de et aux critères et normes médicales de l'annexe 6 relatifs à ma spécialité pour les permis du groupe 1 (conduite à titre privé), je vous fais savoir que le patient est déclaré :

- inapte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G (*)
- apte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G (*) sans conditions ni restrictions
- apte à la conduite des véhicules de la catégorie AM A1 A2 A B B+E G (*) sous les conditions ou restrictions suivantes (*) :
- code 02. : prothèse auditive/ aide à la communication
 - code 61 : limité aux trajets entre 1h après le lever et 1h 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 àkm/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 base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6 précitée, cette déclaration d'aptitude a :

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

Identification du patient	Identification du médecin
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Date de naissance : /..... /.....	Date : /..... /.....
N° de registre national (facultatif):	Cachet et signature :

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