

CERTIFICAT MÉDICAL *

requis en vertu de l'article 77 de l'arrêté grand-ducal modifié du 23 novembre 1955 portant règlement de la circulation sur toutes les voies publiques et du règlement grand-ducal du 22 juin 2016, fixant les modalités du certificat médical pour l'obtention, la transcription et le renouvellement du permis de conduire.

Nom et prénom du candidat:

Matricule national: Profession :

Adresse:

A. QUESTIONNAIRE

1. **Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant** non oui

Si oui, prière d'indiquer

- les traitements :

- est ce que le patient a présenté des hypoglycémies graves/récurrentes durant les 12 derniers mois ... non oui

- est ce que le patient présente des complications liées au diabète et contre-indiquant la conduite non oui

2. **Antécédents d'épilepsie**, de crises convulsives ou crises équivalentes non oui

Si oui, prière d'indiquer

- les traitements

- la date approximative de la dernière crise : ou > 5 ans

3. **Affection cognitive – MMS indiqué** non oui

4. **Antécédents cardiologiques** non oui

Défibrillateur interne, Pacemaker, Pontages, Stents coronaires, ACFA

Autres :

5. **Antécédents d'apnées du sommeil** non oui

Si oui : compliance au traitement correcte oui non

6. **Pratiques addictives** avérées (-OH, substances illicites) non oui

7. **Affections psychiatriques** chroniques et sévères non oui

8. **Autres antécédents et traitements pouvant influencer l'aptitude à conduire**

Je soussigné(e) Madame/Monsieur déclare avoir répondu sincèrement à toutes les questions posées par le médecin. Toute déclaration inexacte pourra entraîner le refus ou le retrait du permis de conduire (Art. 2 de la loi modifiée du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques).

..... (signature du candidat)

Matricule national:

B. EXAMEN MÉDICAL

1. Taille: Poids: Etat Général :

2. Yeux:

acuité visuelle **sans correction**: OD : /10 OG : /10 vision binoculaire : /10

acuité visuelle **avec correction**: OD : /10 OG : /10 vision binoculaire : /10

altération du champ visuel: non oui

Pour permis C et/ou D uniquement (camion/bus, selon indications de l'ophtalmologue ou opticien)

- indiquer la correction optique en dioptries: OD : OG :

- indiquer s'il existe une altération de la vision des couleurs – Daltonisme: non oui

3. Examen clinique général

4. Nécessité d'un avis spécialisé: non oui (si oui lesquels : ophtalmologique, neurologique

5. Restrictions: aucune port obligatoire de lunettes/lentilles de contact boîte automatique obligatoire
 autres :

6 Remarques spéciales:

Je soussigné(e) certifie que le candidat susmentionné est : **apte**
 apte sous réserve (N° de référence)
 inapte

à conduire un véhicule de la / des catégorie(s) B, BE, A, A1, A2 et AM et F du permis de conduire
 de la / des catégorie(s) C, D, CE, DE, C1, D1, C1E, D1E du permis de conduire

Certificat établi le par le Docteur:
(cachet et signature du médecin)

Les catégories du permis de conduire:

Catégorie A - A) motorcycle, A1) motorcycle léger $\leq 125\text{cc} / \leq 11\text{kW}$, A2) motorcycle $\leq 35\text{kW}$, AM) cyclomoteur;

Catégorie B - automobile autre que de la catégorie A) dont la m.m.a n'excède pas 3.500 kg et dont le nombre de places assises, outre le conducteur, n'excède pas huit (voiture à personnes);

Catégorie C - camion dont la masse maximale $> 3.500\text{kg}$; Catégorie C1 - camion dont la m.m.a $< 7.500\text{kg}$;

Catégorie D - autobus et autocar; Catégorie D1 - autobus et autocar: places assises $\leq (1+16)$;

Catégorie CE, C1E, DE, D1E, BE – ensemble de véhicules couplés ;

Catégorie F - tracteur, tracteur industriel, machine automotrice, dont la m.m.a $\leq 12.000\text{kg}$.

* doit être présenté au Ministère de la mobilité et des Travaux publics, Dép. des transports et de la mobilité - Commission médicale, dans un délai de trois mois.