## LE GOUVERNEMENT DU GRAND DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Ministère du Développement durable et des Infrastructures

Département des transports

## **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 insulinodépendant ou non insulinodépendant   | non    | □ oui          |
| <ul> <li>est ce que le patient a présenté des hypoglycémies graves/récurrentes durant les 12 derniers mois</li> <li>est ce que le patient présente des complications liées au diabète et contre-indiquant la conduite</li> </ul>                                    |        | □ oui<br>□ oui |
| 2. Antécédents d'épilepsie, de crises convulsives ou crises équivalentes  | non    | □ oui          |
| 3. Affection cognitive – MMS indiqué  | non    | □ oui          |
|   | 11011  | <b>—</b> 001   |
| 4. Antécédents cardiologiques   | non    | □ oui          |
| 5. Antécédents d'apnées du sommeil  | non    | <b>□</b> oui   |
| 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   |        |                |
| répondu sincèrement à toutes les questions posées par le médecin. Toute déclaration inexacte pourra entrou le retrait du permis de conduire (Art. 2 de la loi modifiée du 14 février 1955 concernant la réglementation circulation sur toutes les voies publiques). |        |                |
| (signatu  | ıre du | candidat)      |

| 1. Taille:  | Poids:                               | Etat Général                           | :                 |  |                 |
|---|--------------------------------------|--|-------------------|--|-----------------|
| 2. Yeux:  |                                      |  |                   |  |                 |
| acuité visuelle sans co                                 | orrection: OD:/10                    | OG :                                   | /10               | vision binoculaire :/10                          |                 |
| acuité visuelle avec co                                 | rrection: OD:/10                     | OG :                                   | /10               | vision binoculaire :/10                          |                 |
| altération du champ vis                                 | suel: □ non □ oui                    |  |                   |  |                 |
| Pour permis C et/ou D                                   | <b>uniquement</b> (camion/bus, sel   | on indications de l'oph                | talmologue ou opt | ticien)  |                 |
| -   | on optique en dioptries:             |  |                   |  |                 |
| •   | une altération de la vision          |  |                   |  |                 |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
| 3. Examen clinique gé                                   | enéral                               |  |                   |  |                 |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
| 4. Nécessité d'un avis                                  | s spécialisé: 🗆 non 🔻                | oui (si oui lesqu                      | uels : ophtalm    | nologique, neurologique                          | )               |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
| 5. Restrictions:  | •                                    | obligatoire de lu                      | ınettes/lenti     | illes de contact ☐ boite automatique             | e obligatoire   |
|   | ☐ autres :                           |  |                   |  |                 |
| 6 Remarques spéciale                                    | es:                                  |  |                   |  |                 |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
| lo soussigná(a) cortifio                                | e que le candidat susmenti           | ionná ost :                            | □anto             |  |                 |
| Je soussigne(e) certine                                 | que le candidat susmem               | ionne est.                             | □ apte sou        | us réserve (N° de référence                      | )               |
|   |                                      |  | ☐ inapte          | ·  | ,               |
| à conduire un véhicule                                  | O de la / des catégorie/s            | .) R RE / /1                           | A2 of AM a        | et F du permis de conduire                       |                 |
| a conduire un vernicule                                 |                                      |  |                   | C1E, D1E du permis de conduire                   |                 |
|   | C do la, doo balogolio(o             | ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, | , , , , , , , ,   | ··-, - · - · a po a o o oa                       |                 |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
|   |                                      |  |                   |  |                 |
| Certificat établi le                                    | pa                                   | ar le Docteur: .                       |                   |  |                 |
|   | (Ca                                  | achet et signat                        | ure du méde       | ecin)  |                 |
| Les catégories du permis de co                          | onduire:                             |  |                   |  |                 |
|   | motocycle léger ≤ 125cc / ≤ 11kW, A  | 2) motocycle ≤ 35kW                    | /, AM) cyclomote  | eur;   |                 |
| Catégorie B - automobile autre c (voiture à personnes); | que de la catégorie A) dont la m.m.  | a n'excède pas 3.50                    | 0 kg et dont le r | nombre de places assises, outre le conducteur, n | i'excède pas hu |
| <del>-</del>  | sse maximale > 3.500kg; Catégorie    |  | _                 | <b>;</b> ;                                       |                 |
| oategorie o - autobus et autocar;                       | ; Catégorie D1 - autobus et autocar: | piaces assises ≤ (1+)                  | 10),              |  |                 |

**B. EXAMEN MÉDICAL** 

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

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

<sup>\*</sup> doit être présenté au Ministère du Développement durable et des Infrastructures, Dép. des transports, dans un délai de trois mois.