

Déclaration personnelle pour le candidat au permis de conduire du groupe 2

Important: veuillez remplir ce questionnaire et l'apporter à l'examen médical s.v.p.

Nom: Prénom:

Adresse:

Date de naissance: Lieu de naissance: N° de registre national (facultatif):

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

- AM A1 A2 A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E G (A3, A, B, ...)(*)

Délivré à: N°: Valable jusqu'au:/...../.....

Candidat au permis de conduire valable pour la catégorie :

Le cas échéant : ° date de l'examen précédent:

° nom du médecin examinateur:

(*) Cochez les catégories valables.

Questionnaire, remplir par le candidat (cochez la réponse valable)

	OUI	NON
1. Êtes-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. Êtes-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. Êtes-vous ou avez-vous été en traitement pour une maladie mentale ou une autre affection psychiatrique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous de difficultés d'adaptation grandes 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. Êtes-vous ou avez-vous été en traitement pour épilepsie, diminution de la conscience, perte de conscience brusque brève ou durable, paralysie subite, vertiges ou troubles de l'équilibre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous des fatigues anormales ou des tendances de sommeil pendant la journée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ronflez-vous bruyamment pendant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Êtes-vous ou avez-vous été en traitement pour une maladie cardiaque ou vasculaire, un trouble du rythme cardiaque ou de la conduction, un 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. Êtes-vous privé de l'usage d'un bras, d'une main et/ou de doigts, d'une jambe et/ou d'un pied ou des articulations correspondantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Êtes-vous ou avez-vous été en traitement pour le diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Êtes-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 est-il atteint?	<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. Êtes-vous dépendant de l'usage 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 qui peuvent 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 du groupe 2.

Date:/...../.....

Signature du candidat:

Questions **facultatives** à remplir par le candidat en ce qui concerne les réponses aux questions 6 et 17

Si vous avez répondu à la question 6. par l'affirmative, encerclez le chiffre qui correspond à la probabilité que vous vous assoupissiez ou vous endormiez dans les situations suivantes (0 = jamais, 1 = peu probable, 2 = probable, 3 = très probable)

Lire en position assise	0	1	2	3	Regarder la TV	0	1	2	3
Être assis dans un lieu public sans rien faire	0	1	2	3	Parler à quelqu'un en position assise	0	1	2	3
Être passager dans une voiture pendant 1 heure sans interruption	0	1	2	3	Se coucher après le dîner, si les circonstances le permettent	0	1	2	3
S'asseoir tranquillement après un repas de midi non alcoolisé	0	1	2	3	Dans la voiture, lorsque celle-ci est à l'arrêt pendant quelques minutes au milieu de la circulation	0	1	2	3

Si vous utilisez l'alcool régulièrement, veuillez aussi donner une réponse aux sous questions suivantes

° Avez-vous eu le sentiment de devoir diminuer votre consommation d'alcool? OUI NON

° Êtes-vous souvent irrité par les remarques d'autres personnes sur votre consommation d'alcool?

° Vous êtes-vous déjà senti ennuyé ou coupable de votre consommation d'alcool?

° Avez-vous déjà bu dès le matin pour vous débarrasser d'une gueule de bois?

Les données remplies sur ce formulaire seront traitées pour la gestion des examens médicaux en vue de l'obtention d'un permis de conduire par et sous la responsabilité de Liantis SEPP. Si vous désirez prendre connaissance des données qui vous concernent et, dans le cas échéant, demander une rectification, vous pouvez s'adresser à Liantis SEPP asbl (adresses: voir liantis.be).