



		Numéro ID (à remplir par l'administration)				Numéro Titre de conduite (à remplir par l'administration)			
1	Nom de naissance								
		<small>(nom figurant sur votre acte de naissance)</small>							
	Prénom(s)								
	Nom d'usage (s'il y a lieu)								
		<small>Ex. : nom marital</small>							
	Date de naissance	Jour	Mois	Année	Genre	Femme	Homme	Autre	
	Commune de naissance					Ile /département			
	Pays pour l'étranger								
	Adresse (2)	Pk	Rue					Numéro	
		Côté mer	Servitude					Immeuble	
		Côté Montagne	Quartier					Lotis/Résidence	
	Complément d'adresse								
	Commune					Section de commune			
	Boite postale	Code postal		Commune					
	Téléphone(s)	Domicile	Portable		Autre				
	Courriel (recommandé)								

2	Motif de la demande d'avis médical :	Renouvellement périodique	Suspension	Après invalidation ou annulation	Autre
---	---	---------------------------	------------	----------------------------------	-------

3	Catégorie(s) déjà obtenue(s)	Pour un permis de conduire :	A	A1	B	B1	C	D	EB	EC	ED
		Pour un brevet de sécurité routière (BSR) :	1 (cyclo)	2 (quad)	Pour une capacité de conduire			1	2	3	4

4	Catégorie(s) visée(s) par l'avis médical	Pour un permis de conduire :	A	A1	B	B1	C	D	EB	EC	ED
		Pour un brevet de sécurité routière (BSR) :	1 (cyclo)	2 (quad)	Pour une capacité de conduire			1	2	3	4

5	Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)	Transport sanitaire	Véhicule multi transports
	Taxi	Véhicule de remise	Transport touristique
	Ambulance	Ramassage scolaire	Enseignant ou examinateur de la conduite

Avis du ou des médecins

Modalités du contrôle médical :

Par un médecin agréé En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : _____

Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

Le(s) médecin(s) _____ et _____ agréé(s)

par le Président de la Polynésie française, après contrôle médical de l'intéressé(e), émet(tent) conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales incompatibles avec le maintien ou la délivrance d'un titre de conduite, l'avis médical suivant :

<input type="checkbox"/>	APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation
<input type="checkbox"/>	APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes : <input type="checkbox"/> Groupe léger <input type="checkbox"/> Groupe lourd
<input type="checkbox"/>	Correction et/ou protection de la vision (01.____) <input type="checkbox"/> Boîte de vitesse adaptée (10.____) <input type="checkbox"/> Embrayage adapté (15.____)
<input type="checkbox"/>	Prothèse(s) auditive(s) (02.____) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Direction adaptée (40.____) <input type="checkbox"/> Rétroviseurs modifié(s) (42.____)
<input type="checkbox"/>	Prothèse(s)/orthèse(s) des membres (03) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Siège du conducteur modifié (43.____)
<input type="checkbox"/>	Autres : _____ Observations : _____
<input type="checkbox"/>	INAPTE <input type="checkbox"/> Groupe léger <input type="checkbox"/> Groupe lourd

Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire

6	DECLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTION OU D'INAPTITUDE
	Je soussigné(e), _____, déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite
	Je déclare : <input type="checkbox"/> Vouloir faire appel de l'avis <input type="checkbox"/> Ne pas vouloir faire appel de l'avis (En cas d'appel, la demande doit être déposée auprès de la DTT)

7	Fait le : _____ / _____ / _____ à _____
---	---

Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical) (Représentant légal si mineur)	Signature(s) et cachet(s) du ou des médecins
--	--

1 Comment remplir ma demande d'avis médical ?
Le formulaire doit être rempli à l'encre noire, en lettres majuscules, sans les accents et sans rature.

2 Quel type de contrôle médical ?

Contrôle médical périodique devant un médecin agréé pour :

- Les conducteurs professionnels, tous les 5 ans jusqu'à 60 ans, tous les 2 ans jusqu'à 70 ans et tous les ans à partir de 70 ans.
- Les conducteurs ayant fait l'objet d'une suspension ou d'une annulation d'un titre de conduite et qui n'ont pas obtenu d'aptitude définitive.
- Les conducteurs en situation de handicap qui souhaitent se présenter à un examen ou qui demandent la modification de leur titre de conduite.
- Les conducteurs en situation de handicap qui n'ont pas obtenu d'aptitude définitive.

Important : ne pas oublier de présenter votre titre de conduite à votre médecin agréé lors du contrôle médical

Contrôle médical devant un médecin agréé suite à une suspension du titre de conduite pour :

- Les conducteurs ayant fait l'objet d'un retrait de leur titre de conduite supérieur à 1 mois pour une conduite en état d'alcoolémie
- Les conducteurs ayant l'objet d'une suspension leur titre de conduite pour conduite sous l'emprise de stupéfiant

Important : ne pas oublier de présenter l'arrêté valant suspension de votre titre de conduite et l'original d'une pièce d'identité en cours de validité

Contrôle médical devant la commission médicale primaire suite à invalidation ou annulation des droits à conduire

- Pour les conducteurs ayant fait l'objet de l'annulation de leur titre de conduite suite à une décision de justice

Important : ne pas oublier de présenter le jugement valant annulation ainsi que sa notification, l'original d'une pièce d'identité en cours de validité, le bilan de vos analyses médicales et le compte rendu de l'entretien avec le psychologue déclaré.

Le dossier doit être déposé à la cellule restriction des droits à conduire de la section des permis de conduire située au premier étage de la Direction des transports terrestres qui convoquera le demandeur.

3 Catégorie(s) déjà obtenue(s) : merci de cocher les catégories figurant sur votre titre de conduite

4 Catégorie(s) sur lesquelles portent l'avis médical : le demandeur ne doit pas cocher les cases, seul le(s) médecin(s) en charge du contrôle médical doivent renseigner cette partie

5 Catégorie(s) professionnelle(s) exercée(s) : les conducteurs professionnels soumis au contrôle médical périodique cochent leur(s) catégorie(s) professionnelle(s)

6 Déclaration en cas d'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restriction ou d'inaptitude : le demandeur indique son nom et prénom et :

- Déclare vouloir faire appel s'il conteste la décision (le formulaire devra être déposé à la cellule restriction des droits à conduire de la section des permis de conduire située au premier étage de la Direction des transports terrestres)
- Déclare de ne pas vouloir faire appel de la décision en acceptant l'avis médical (le formulaire sera à déposer à l'accueil de la section des permis de conduire pour un renouvellement du titre ou à joindre au dossier d'examen pour un l'obtention d'un nouveau titre de conduite)

Important : L'appel doit être formé dans les deux mois qui suivent la délivrance de l'avis médical contesté

7 Le demandeur signe le formulaire. La date de l'avis et son lieu de délivrance sont indiqués par le(s) médecin(s) contrôleur(s)

Informations utiles :

- Les médecins et psychologues doivent être en mesure de contrôler l'identité du demandeur.
- L'ensemble des frais liés au contrôle médical sont exclusivement à la charge du demandeur.
- La liste des médecins agréés et des psychologues déclarés est disponible sur www.transports-terrestres.pf
- La commission médicale primaire se réunit une fois par mois et la commission médicale d'appel une fois par trimestre.
- Le demandeur est convoqué par tout moyens, sous réserve que son dossier soit complet.
- Pour une aptitude à la conduite suite à l'annulation d'un titre pour conduite sous l'emprise d'un état alcoolique, le demandeur doit effectuer un bilan biologique (transaminases – Gamma GT – Taux CDT – VGM) en laboratoire (validité de 30 jours pour Tahiti et Moorea et 60 jours pour les autres îles).
- Pour une aptitude à la conduite suite à l'annulation d'un titre pour conduite sous l'emprise de stupéfiants, le demandeur doit effectuer un test urinaire multi-drogues (cocaïne, héroïne, cannabis, amphétamines, ecstasy) au cabinet médical du médecin contrôleur.

Les données à caractère personnel collectées par la Direction des transports terrestres directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la gestion des titres de conduite délivrés par la Polynésie française. Le traitement de ces données est nécessaire à l'instruction de votre demande ainsi qu'à l'accomplissement des missions de service public. Les données à renseigner sont, à ce titre, obligatoires.

Elles sont à destination de la Direction des transports terrestres ainsi que des entités ou services de l'administration ayant un intérêt à en connaître conformément aux dispositions réglementaires en vigueur en matière de contrôle médical de l'aptitude à la conduite et seront conservées le temps nécessaire à la réalisation des finalités du traitement ou dans le respect des prescriptions légales.

Dans les conditions légales et réglementaires, certaines autorités disposent, dans l'exercice de leurs missions, d'un droit de communication de ces données (autorités judiciaires, police, gendarmerie, douane, ...).

Conformément à la loi informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit d'opposition pour des raisons tenant à votre situation particulière, que vous pouvez exercer aux adresses suivantes, en justifiant de votre identité : dt@transport.gov.pf - Site : www.transports-terrestres.pf

Vous pouvez aussi introduire une réclamation auprès de la CNIL www.cnil.fr, sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus. Pour toute question relative à l'utilisation de vos données, vous pouvez contacter la Déléguée à la protection des données (DPO) aux adresses suivantes : DPO Service de l'Informatique BP 4574 – 98 713 PAPEETE – dpo@informatique.gov.pf ou consulter notre politique de protection des données : www.transports-terrestres.pf