

Nom et adresse du client

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

N° de détenteur : .....  
Date de naissance : .....  
Commune d'origine : .....  
(Pour les étrangers: pays d'origine)

Sion, le .....

### RAPPORT MEDICAL

Selon la loi fédérale du 19.12.1958 sur la circulation routière  
**Destiné à l'autorité délivrant le permis**

- Conducteur d'un véhicule automobile du groupe : ..... Date du dernier contrôle : .....
- Conducteur de véhicules pour lesquels un permis de conduire n'est pas nécessaire
- Moniteur de conduite     Moniteur pour l'enseignement théorique     Inspecteur

Constatations déterminantes pour la conclusion du médecin :

.....  
.....

- |    |  |                              |                              |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| 1  | Le candidat est apte à conduire  |                              |                              |
| 11 | Des véhicules du 3ème groupe (cat. A, A1, B, B1, F, G, M, MIII)        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 12 | Des véhicules du 2ème groupe (cat. C, C1, D1, MI, MII, MIV)            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 13 | Des véhicules du 1er groupe (cat. D)                                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 14 | Des véhicules pour lesquels un permis de conduire n'est pas nécessaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2  | Le candidat est apte à pratiquer                                       |                              |                              |
| 21 | Comme moniteur de conduite (cat. I, II, IV)                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 21 | Comme moniteur de l'enseignement théorique (cat. III)                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 23 | Comme inspecteur   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

3 Le candidat est apte s'il se soumet aux conditions médicales suivantes :

.....  
.....

- 4 Répétition de l'examen tous les ..... ans par le  médecin-conseil     médecin de famille
- 5 Autres remarques

.....

**Concerne les certificats pour chauffeurs de véhicules des groupes 1 et 2 :**

Le médecin soussigné atteste être reconnu par le service de la circulation routière et de la navigation (SCN) pour établir les certificats médicaux pour chauffeurs de véhicules des groupes 1 et 2 (selon annexe 1 de l'OAC)

Lieu et date : .....

Signature et timbre du médecin

Prière de cocher ce qui convient



- 4 **Ouïe:**  
41 Voix normale audible à droite : .....à gauche : .....  
42 Maladies de l'oreille interne ou moyenne : .....

**5 Cage thoracique et colonne vertébrale**

- 51 Déformations, difformités, raideurs : .....

**6 Organes respiratoires**

- 61 Organes respiratoires supérieures et inférieures : .....  
62 Poumons : .....

**7 Cœur et vaisseaux**

- 71 Limite du cœur (matité relative, choc de la pointe): .....  
72 Bruits cardiaques, évent. souffle : .....  
73 Action cardiaques : au repos : .....  
après 10 flexions de genoux : .....  
temps de récupération : .....  
74 Pression artérielle (systolique diastolique) : .....

**8 Abdomen et organes d'assimilation**

- 81 Organes de la digestion : .....  
82 Organes génito-urinaires y compris l'analyse d'urine pour déceler l'albumine et le diabète :  
.....  
83 Système endocrinien : .....  
84 Hernies, prolapsus : .....

**9 Membres**

- 91 Anomalies, mutilations : .....  
92 Troubles fonctionnels : .....

- 10 **Le candidat doit-il être envoyé chez un spécialiste ?**  Oui  Non

Lieu et date : .....

Signature et timbre du médecin

- Prière de cocher ce qui convient

