



Date : .....

N° de détenteur ..... Nom : .....  
Date de naissance ..... Prénom : .....  
Commune d'origine ..... Adresse : .....  
(Pour les étrangers, pays d'origine) NPA : .....  
Localité : .....

**Destiné à l'autorité délivrant le permis**

**Résultat de l'examen médical d'évaluation de l'aptitude à la conduite :**

Confédération Suisse

Loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière

Conducteur d'un véhicule automobile du groupe : .....

**1 Constatations**

1.1 Acuité visuelle **Non corrigée:** à droite : ..... à gauche: .....  
**Corrigée:** à droite : ..... à gauche: .....

1.2  Le candidat ne souffre d'aucun(e) maladie ou état significatifs du point de vue de la médecine du trafic (par exemple : Réduction du champ visuel, maladie oculaire progressive, épilepsie ou autres maladies neurologiques, diabète, troubles de la conscience, maladies psychiques, syncopes, somnolence, évolution démentielle, déficits cognitifs, consommation abusive d'alcool, de stupéfiants, de médicaments ou dépendance à ces substances)

Le candidat souffre des maladies ou états relevant de la médecine du trafic suivant(e)s:  
.....

**2 Conclusions**

2.1 Les exigences médicales minimales (annexe 1 OAC)

**du 1er groupe** (A, A1, B, B1, F, G, M):

**du 2e groupe** (D, D1, C, C1, autorisation de transporter des personnes à titre professionnel, experts de la circulation):

sont satisfaites

sont satisfaites

sont satisfaites uniquement  
aux conditions suivantes (ch. 3)

sont satisfaites uniquement  
aux conditions suivantes (ch. 3)

ne sont pas satisfaites  
Brève justification:

ne sont pas satisfaites  
Brève justification:

.....  
.....

.....  
.....

2.2  Résultat équivoque: l'évaluation définitive doit être réalisée par un médecin reconnu de niveau 3 ou 4.

Etant donné que l'aptitude à la conduite du candidat soulève des doutes sérieux, il ne devrait conduire aucun véhicule avant des clarifications supplémentaires.



### 3 Conditions

3.1 Port de correcteurs de vue pour groupe 1  oui  non  
Port de correcteurs de vue pour groupe 2  oui  non

3.2 Contrôle médical régulier auprès d'un:  
 médecin de niveau 1  médecin spécialisé en  
.....

Dernier contrôle effectué le : .....

Le résultat du contrôle médical doit être communiqué à l'autorité cantonale tous les ..... mois.

3.3  Autre condition (par ex. mesure de la glycémie avant le début de la course en cas de traitement de diabète avec risque d'hypoglycémie):  
.....

### 4 Prochain contrôle

dans un délai normal, conforme à l'OAC

dans un délai plus court que prévu dans l'OAC:

Prochain contrôle dans ..... mois par un médecin reconnu de niveau .....

**Le médecin soussigné atteste être reconnu par le service de la circulation routière et de la navigation (SCN) pour établir ce certificat médical.**

Date de l'examen:

.....

Global Location Number (GLN) du médecin:

.....

Cachet et signature du médecin:

.....

Prière de cocher ce qui convient



Département de la sécurité, des institutions  
et du sport  
Service de la circulation routière  
et de la navigation  
Administration et logistique

CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

CP 625, 1951 Sion

Date : .....

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

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
NPA : .....  
Localité : .....

**Exemplaire pour le médecin - ne pas transmettre au SCN**

**Rapport d'examen médical :**

*Confédération Suisse*

Loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière

**Catégories A ou B, sous-catégories A1 ou B1, catégories spéciales F, G ou M**

**A. Anamnèse**

maladies et conséquences d'accident significatives du point de vue de la médecine du trafic, consommation de médicaments, consommation de stupéfiants, troubles de la conscience, vertiges, syncopes, épilepsies, maladies psychiques, diabète, autres troubles du métabolisme, troubles des fonctions cérébrales, maladies avec somnolence diurne accrue

**B. Rapport d'examen**

**1 Etat de santé général/impression générale:**

.....

**2 Facultés visuelles**

vision lointaine:

**Non corrigée :** à droite : ..... à gauche : .....

**Corrigée :** à droite : ..... à gauche : .....

vision monoculaire:

diplopie:

réaction à la lumière:

motilité:

champ visuel:

**3 Ouïe**

Voix normale audible : ..... mètres (à droite/à gauche)

Voix chuchotée : ..... mètres (à droite/à gauche)

Maladies de l'oreille interne ou moyenne :

**4 Peau**

emplacements des piqûres:

cloison nasale particulière:

stigmates au niveau du foie:

autres particularités:



