

VIII. ATTESTATION D'APTITUDE POUR LE(LA) CANDIDAT(E) AU PERMIS DE CONDUIRE DU GROUPE 1 DÉLIVRÉE PAR L'OPHTHALMOLOGUE

Je soussigné(e), _____, ophtalmologue, déclare par la présente avoir examiné le(la) candidat(e) ci-après. Conformément à l'annexe 6 – III de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire:

- le(la) candidat(e) est déclaré(e) apte à la conduite des véhicules de la catégorie (*)
 AM A1 A2 A B B+E G
sans conditions ni restrictions
- le(la) candidat(e) est déclaré(e) inapte à la conduite des véhicules de la catégorie (*):
 AM A1 A2 A B B+E G
- le(la) candidat(e) est déclaré(e) apte après examen par le médecin du centre visé à l'article 45 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, conformément aux dispositions de l'annexe 6, III précitée. Je donne un avis favorable pour la conduite des véhicules de la catégorie (*):
 AM A1 A2 A B B+E G
sous les conditions ou restrictions ci-dessous: (*):
- le(la) candidat(e) est déclaré(e) apte à la conduite des véhicules de la catégorie
 AM A1 A2 A B B+E G
sous les conditions ou restrictions suivantes (*):
- code 01.01: lunettes
 - code 01.02: lentilles de contacts
 - code 01.05: couvre-œil
 - code 01.06: lunettes ou lentilles de contacts
 - code 01.07: aide optique spécifique
 - code 61: limité aux trajets entre 1 heure après le lever et 1 heure avant le coucher du soleil
 - code 62: limité aux trajets dans un rayon de _____ km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donné
 - code 63: limité à la conduite sans passagers
 - code 64: limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à _____ km/h
 - code 65: conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire d'un permis de conduire
 - code 66: limité à la conduite sans remorque
 - code 67: pas de conduite sur autoroutes
 - code 68: pas d'alcool

Sur la base des constatations médicales et, conformément à l'annexe 6, III précitée, cette attestation d'aptitude a, sur le plan ophtalmologique (*):

- une validité illimitée
- une validité limitée jusqu'au _____

IDENTIFICATION DU(DE LA) CANDIDAT(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de registre national (facultatif) :

Adresse :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom :

Adresse :

Cachet

Date :
Signature

(*) Cocher la ou les rubrique(s) qui sont d'application