

**Rapport médical pour membres de sociétés et d'associations faîtières militaires titulaires d'une autorisation de conduire militaire pour la catégorie principale 930, 950, 960 ou 970 sans permis de conduire civil de la catégorie C, D, C1 ou D1**

**I Destiné à l'autorité de contrôle (à emporter avec soi et à présenter sur demande)**

Confédération suisse

Loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière

**II Rapport médical**

concernant l'aptitude de

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Commune d'origine :	
<small>(pour les étrangers: pays d'origine)</small>	
Domicile :	Rue :

- A. comme chauffeur d'un véhicule automobile du 2<sup>e</sup> groupe
- ~~B. comme conducteur de cyclomoteurs ou de véhicules pour lesquels un permis de conduire n'est pas nécessaire\*~~
- ~~C. comme expert de la circulation\*~~

Constatations déterminantes pour l'établissement du diagnostic par le médecin

- |               |  |                      |
|---------------|--|----------------------|
| 1             | Le candidat est apte à conduire  |                      |
| <del>11</del> | <del>des véhicules du 3<sup>e</sup> groupe (cat. A, B, sous-cat. A1, B1, cat. spéciales F, G und M):</del> | <del>Oui*/Non*</del> |
| 12            | des véhicules du 2 <sup>e</sup> groupe (cat. C, sous-cat. C1, D1):   | Oui*/Non*            |
| <del>13</del> | <del>des véhicules du 1<sup>er</sup> groupe (cat. D):</del>  | <del>Oui*/Non*</del> |
| <del>14</del> | <del>des véhicules pour lesquels un permis de conduire n'est pas nécessaire:</del>                         | <del>Oui*/Non*</del> |
| <del>15</del> | <del>des véhicules affectés au transport professionnel de personnes:</del>                                 | <del>Oui*/Non*</del> |
| 2             | Le candidat est apte   |                      |
| <del>21</del> | <del>comme expert de la circulation:</del>   | <del>Oui*/Non*</del> |

\* Souligner ce qui convient.

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\*/~~le médecin de famille~~\*
- 5 Autres remarques :

Lieu et date :

Signature du médecin :

\* Souligner ce qui convient.