



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'APTITUDE MEDICALE A LA
CONDUITE DES AMBULANCES, DU RAMASSAGE SCOLAIRE ET
DU TRANSPORT PUBLIC DE PERSONNES**

Bureau des permis de
conduire

Section des
professions
réglementées

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1ERE DEMANDE | <input type="checkbox"/> AMBULANCES |
| <input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT | <input type="checkbox"/> RAMASSAGE SCOLAIRE |
| | <input type="checkbox"/> TRANSPORT PUBLIC DE PERSONNES |

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Courriel :

Téléphone :

N° de Permis de conduire :

Date du certificat médical :

Fait à Paris, le
Signature

Vous adresserez le présent formulaire renseigné accompagné des pièces requises uniquement par courrier recommandé avec accusé de réception, à l'adresse suivante :

Préfecture de Police
Bureau des permis de conduire
Section des professions réglementées
1 bis, rue de Lutèce
75195 Paris Cedex 04

Dans un délai de 20 jours à compter de la réception de votre dossier complet, votre carte professionnelle vous sera envoyée directement à votre domicile. Tout dossier incomplet sera intégralement retourné accompagné de la liste des pièces complémentaires à fournir.

Aucun dépôt ni retrait ne sera effectué au guichet du bureau des permis de conduire.