



**Demande d'agrément**

Je soussigné(e) Docteur (prénom nom).....  
né(e) le ..... à (lieu de naissance) .....  
adresse personnelle : .....  
.....  
téléphone fixe ..... téléphone mobile .....  
adresse messagerie électronique : .....@.....

sollicite un agrément pour exercer le contrôle médical d'aptitude à la conduite des usagers de la route pour une durée de 5 ans :

- en qualité de médecin consultant en cabinet privé soit hors commission médicale,**
  - Adresse du cabinet privé .....
  - .....
  - Téléphone du cabinet pour prise de rendez-vous : .....
- Je certifie disposer d'un cabinet médical privé équipé de manière à permettre d'assurer un examen médical respectant les dispositions de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2005 modifié.

- en qualité de médecin consultant en préfecture, soit en commission primaire**

Je déclare remplir les conditions obligatoires à l'obtention de l'agrément préfectoral demandé, à savoir :

- être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins,
- ne pas avoir fait l'objet de sanction ordinaire au cours des cinq dernières années,
- avoir suivi la formation initiale relative au contrôle médical de l'aptitude à la conduite (**joindre une photocopie**)

Je déclare avoir obtenu un ou plusieurs agréments dans le(s) département(s) suivant(s) :  
.....

Fait à ..... le .....

Signature :

**Document à joindre à la demande :**  
**- copie de la carte d'identité**