



Demande de renouvellement 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 le renouvellement de mon agrément accordé par le préfet de Maine-et-Loire, 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 primaire,

- 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 médicale 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)**

avoir suivi la formation continue 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