Annexe 7B

XI. Attestation d'aptitude pour le candidat au permis de conduire du groupe 2

Je soussigné(e), ..., médecin, déclare par la présente avoir examiné le candidat mentionné ci-après et l'avoir, conformément aux dispositions de l'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, envoyé chez le(s) spécialiste(s) concerné(s).

Sur la base de mes constatations et des avis reçus, le candidat mentionné ci-après est déclaré : (*)

☐ inapte à la conduite des véhicules de la catégorie (*)

☐ B ☐ C ☐ C1 ☐ D ☐ D1 ☐ B+E ☐ C+E ☐ C1+ ☐ D+E ☐ D1+E

☐ apte, sans adaptations, conditions ni restrictions, à la conduite des véhicules de la catégorie (*) :

☐ B ☐ C ☐ C1 ☐ D ☐ D1 ☐ B+E ☐ C+E ☐ C1+ ☐ D+E ☐ D1+E

☐ apte, sous les conditions ou restrictions cochées ci-après (*), à la conduite des véhicules de la catégorie (*) :

☐ B ☐ C ☐ C1 ☐ D ☐ D1 ☐ B+E ☐ C+E ☐ C1+ ☐ D+E ☐ D1+E

- ☐ code 03.01 : prothèse/orthèse à un membre supérieur
- ☐ code 03.02 : prothèse/orthèse à un membre inférieur en combinaison avec
  - ☐ code 90.03 : gauche
  - ☐ code 90.04 : droit
  - ☐ code 90.05 : main
  - ☐ code 90.06 : pied
  - ☐ code 02.01 : prothèse auditive à une oreille
  - ☐ code 02.02 : prothèse auditive aux deux oreilles
  - ☐ code 05.01 : limité aux trajets de jour (entre 1 heure après le lever et 1 heure avant le coucher du soleil)
  - ☐ code 05.02 : limité aux trajets dans un rayon de ..... km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donnée
  - ☐ code 05.04 : limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à ..... km/h
  - ☐ code 05.06 : limité à la conduite sans remorque
  - ☐ code 05.07 : non valable sur autoroutes

☐ apte à la conduite des véhicules de la catégorie (*) :

☐ B ☐ C ☐ C1 ☐ D ☐ D1 ☐ B+E ☐ C+E ☐ C1+ ☐ D+E ☐ D1+E

avec les adaptations suivantes :

- ☐ code .....
- ☐ code .....
- ☐ code .....

Sur la base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6 et à l'article 44 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, cette attestation d'aptitude a une validité limitée jusqu'au ...../...../.....

Je déclare conserver dans le dossier du candidat les avis médicaux mis à ma disposition pendant une période de 6 ans.

Identification du candidat	Identification du médecin
Nom :	Nom : ..... Cachet
Prénom :	Adresse : .....

Date de naissance : ...../...../..... .....

N° de registre national (facultatif) : .....

.....

Adresse : .....

.....

Date

Signature

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