

- Demande d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire pour la catégorie :
- Demande d'échange d'un permis de conduire étranger de la/des catégorie/s :

FO 302 01 - Page 1 sur 2
Version 17.0 - 24.03.21 - STH

Préambule : le genre masculin englobe, pour des raisons de simplification et de lisibilité, le genre féminin.

Groupe médical 1										Groupe médical 2											
A	A35	A1	B	B1	BE	F	G	M		C	C1	C1/118	D	D1	DE	CE	C1E	D1E	TPP121	TPP122	Trolley110
<input type="checkbox"/>																					

Pour une description complète des catégories, veuillez consulter scan-ne.ch/categories.

Indications personnelles Madame Monsieur

Nom/s : (nom de naissance à spécifier si différent du nom de famille)

Prénom/s :

Rue et no :

NPA et localité :

Date de naissance :

Tél. privé :

Tél. prof. :

Portable :

Nationalité : (pour ressortissant étranger USA, F, GB, D, B, etc.)

Lieu/x d'origine & canton/s : (pour ressortissant suisse)

Courriel/s (e-mail) :

Joindre une photo en couleur, ne pas la coller s.v.p.
Le service chargé de vous identifier s'en occupe !
Mentionner au dos vos nom/s et prénom/s
sans trop appuyer.

Format 35x45 mm*

Signature du
conducteur →

Questionnaire (recto et verso)

		Non	Oui	remarques			Non	Oui	remarques
4	Mesures				5.1	Suite			
	Le permis d'élève conducteur, le permis de conduire ou l'autorisation de transporter des personnes à titre professionnel vous ont-ils déjà été refusés ou retirés ou la conduite d'un véhicule vous a-t-elle déjà été interdite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		- maladies avec troubles des fonctions cérébrales (troubles de la concentration, de la mémoire, des réflexes, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
5	Maladies, handicaps et consommation de substances				5.2	Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :			
5.1	Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison :					- problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (cure de désintoxication/traitement ambulatoire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	- maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	- maladie oculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	- maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		- d'épilepsie ou de crises semblables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	- maladie des organes abdominaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		- d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence accrue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	- maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	5.3	Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un véhicule automobile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	- maladie rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	5.4	Remarques ou compléments aux données ci-dessus:			
	- somnolence diurne accrue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					
	- douleurs chroniques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					
	- blessures consécutives à un accident incomplètement guéries (blessures crâniennes, cervicales, dorsales ou des extrémités) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					

En cas de réponse positive à l'une des questions aux ch. 5.1 à 5.3, joindre à la présente demande un rapport du médecin traitant (dans le cas contraire, la personne concernée serait renvoyée d'office à un médecin reconnu de niveau 4).

Rappels données personnelles : Nom/s :

Prénom/s :

D/n :

À FAIRE REMPLIR PAR UN OPTICIEN DIPLÔMÉ OU UN OPHTALMOLOGUE PRATQUANT EN SUISSE - Rappel des exigences médicales >>> scan-ne.ch/opticiens

5.5 Test de la vue (validité: 24 mois)

5.51 Acuité visuelle : Vision lointaine non corrigée :

à droite :

à gauche :

Acuité visuelle : Vision lointaine corrigée :

à droite :

à gauche :

5.52 Champ visuel horizontal : 1er groupe ≥ 120 < 120

Pertes

 non ouiChamp visuel horizontal : 2e groupe ≥ 140 < 140 à droite en haut à gauche en bas

5.53 Mobilité des yeux :

 les 6 directions ont été examinées :

à droite en haut, à droite, à droite en bas, à gauche en haut, à gauche, à gauche en bas

Diplopie

 non oui, direction : _____

5.54 Remarques : _____

5.55 Évaluation

du 1er groupe

Exigences :

satisfaites sans correcteurs de vue

satisfaites uniquement avec des

correcteurs de vue

non satisfaites

du 2e groupe

Exigences :

satisfaites sans correcteurs de vue

satisfaites uniquement avec des

correcteurs de vue

non satisfaites

À compléter, uniquement, par un opticien diplômé ou un ophtalmologue pratiquant en Suisse

Date de l'examen : _____

Cachet : _____

Nom/s et prénom/s : _____

Global Location Number (GLN) de l'ophtalmologue : _____

Signature : **6 Curatelle et/ou mineur**

Êtes-vous mineur ou sous curatelle de portée générale ?

non

oui

Si oui : nom/s, prénom/s et
adresse du représentant légal : _____**7 Permis de conduire antérieurs**

Non Oui : remarques

7.1 - Êtes-vous déjà titulaire d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire (suisse ou étranger) ?

7.2 - Si oui : pour quelles catégories ? _____

7.3 - Par quel canton ou État a-t-il été délivré ? _____

7.4 Date de délivrance du permis ? _____

7.5 En cas d'échange d'un permis de conduire étranger; dans quel État avez-vous passé l'examen ? _____

7.6 En cas d'échange d'un permis de conduire étranger; quelle est la date exacte de votre entrée en Suisse ? _____

8 À remplir pour les demandes de permis pour les catégories D, D1, et TPP

8.1 - Avez-vous une expérience pratique de la conduite de véhicules des catégories suivantes et, si oui, depuis combien de temps ?

Catégories :		Non	Oui : nombre de mois
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Catégories :		Non	Oui : nombre de mois
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trolleybus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Documents à annexer : 1 photographie format passeport en couleur récente* 1 copie d'une pièce d'identité suisse ou d'un permis de séjour d'autres documents peuvent être nécessaires, tels que :

- attestation de premiers secours aux blessés, certificat médical de groupe 1/groupe 2, permis de conduire étranger, contrat d'apprentissage.

Veuillez vous référer à la page de notre site Internet, liée à votre type de demande.

* Format env. 35x45 mm en couleur et récente- Les photographies prises de profil ou sur lesquelles le candidat porte des lunettes de soleil, un chapeau ou une casquette ne sont pas acceptées

Par votre/vos signature/s vous attestez avoir rempli ce formulaire (pages 1 et 2) conformément à la vérité.Informations
légales :

- Quiconque aura obtenu frauduleusement un permis en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (art. 97 LCR) et se verra retirer le permis (art. 16 LCR)



- **Pour les personnes mineures ou sous curatelle de portée générale, signature du représentant légal également obligatoire

- Lors du dépôt d'une 1ère demande, le demandeur doit déposer son dossier en personne au guichet du SCAN afin de procéder à son identification

Lieu et date :

**Signature/s :