

## Demande d'un permis de conduire sur la base d'un permis de conduire étranger

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

<b>Indications personnelles</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> 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 :	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p><b>Signature du conducteur →</b></p>
Tél. privé :	
Tél. prof. :	
Portable :	
Nationalité : (pour ressortissant étranger USA, F, GB, D, B, etc.)	
Lieu/x d'origine & canton/s : (pour ressortissant suisse)	<p><b>En cas de changement d'origine (droit de cité communal), vous devez nous remettre :</b> Une pièce d'identité valable, lisible et signée, avec la nouvelle origine ou le document de l'autorité de surveillance en matière d'état civil attestant de l'approbation de la modification du droit de cité communal</p>
Courriel/s (e-mail) :	



### Questionnaire (recto et verso)

4 Mesures	Non	Oui	remarques	5.1 Suite	Non	Oui	remarques
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"/>	-----
				5.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :			
				- problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments ?	<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"/>	-----
<b>5 Maladies, handicaps et consommation de substances</b>				- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
5.1 Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison :				- Si oui: avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	- d'épilepsie ou de crises semblables ?	<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'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence accrue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
- maladie oculaire ?	<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"/>	-----
- maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	5.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus:			
- maladie des organes abdominaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----			
- maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----			
- maladie rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----				
- 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).**

**À FAIRE REMPLIR PAR UN OPTICIEN DIPLÔMÉ OU UN OPHTALMOLOGUE PRATIQUANT EN SUISSE -**

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  < 120Pertes  non  ouiChamp visuel horizontal : 2e groupe  ≥ 140  < 140 à droite  à gauche  
 en haut  en bas5.53 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

satisfaites sans correcteurs de vue

satisfaites uniquement avec des  
correcteurs de vue

non satisfaites

Exigences :

du 2e groupe

satisfaites sans correcteurs de vue

satisfaites uniquement avec des  
correcteurs de vue

non satisfaites

Exigences :

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

Date de l'examen : -----

Cachet : -----

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**

7.1 Dans quel pays avez-vous passé l'examen pratique et à quelle date ?

-----

7.2 Quelle est la date exacte de votre entrée en Suisse ?

-----

**Documents à annexer lors du dépôt de la demande :**

- 1 photographie format passeport en couleur récente\*
- 1 copie d'une pièce d'identité suisse ou d'un permis de séjour
- Permis de conduire étranger (original)

**Documents à fournir obligatoirement pour échange cat.: C /D /C1 / D1 / TPP**

- extrait du casier judiciaire du pays de provenance (cat. prof.)
- 1 certificat médical
- 

\* Datant de moins d'une année - 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)



Lieu/date :

Signature :

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

Signature :

Lors du dépôt d'une demande, le demandeur doit joindre à son dossier une copie d'une pièce d'identité valable ou faire contrôler son identité par la commune

**! A COMPLETER PAR LA COMMUNE DE DOMICILE !****Confirmation de l'identité et de l'exactitude des données personnelles**

- Citoyens suisses : par la commune de domicile lors de la 1ère demande ou pièce d'identité.
- Ressortissants étrangers : autorisation de séjour valable.

Date :

Sceau et signature :