

**Déclaration personnelle pour le candidat au permis de conduire du groupe 2**

Numéro de dossier : <champs à compléter>  
 Nom : <champs à compléter> Prénom : <champs à compléter>  
 Adresse : <champs à compléter>  
 Date de naissance : <champs à compléter> Lieu de naissance : <champs à compléter>  
 N° de registre national (facultatif) : <champs à compléter>  
 Catégorie et/ou sous-catégorie du permis de conduire actuel (\*) :  
 A3  A  B  B+E  C  C+E  C1  C1+E  D  D+E  D1  D1+E (\*)  
 Délivré à : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_  
 Valable jusqu'à : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Candidat au permis de conduire valable pour la catégorie: \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant : Date de l'examen précédent : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nom du médecin examinateur : \_\_\_\_\_

	Questionnaire à remplir par le candidat (cochez les cases appropriées)	OUI	NON
1	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une affection du système nerveux périphérique, une hémorragie cérébrale, une lésion cérébrale, une fracture du crâne, un coma ?		
2	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour des troubles importants de votre capacité de jugement, de perception, d'adaptation ou une affection des réactions psychomotrices ?		
3	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une aliénation ou une affection psychiatrique ?		
4	Souffrez-vous de difficultés d'adaptation importantes qui s'expriment, par exemple, par un comportement incontrôlé ?		
5	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour épilepsie, diminution de la conscience, perte de conscience brutale brève ou prolongée, paralysie subite, vertiges ou troubles de l'équilibre ?		
5	Etes-vous anormalement fatigué ou éprouvez-vous l'envie de dormir pendant la journée ? (Si oui, SVP aussi remplir FOR030213 Questionnaire Somnolence-Ronflement)		
7	Ronflez-vous bruyamment pendant votre sommeil ? (Si oui, SVP aussi remplir FOR030213 Questionnaire Somnolence-Ronflement)		
8	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour maladie cardiaque ou vasculaire, troubles du rythme cardiaque ou de la conduction, infarctus, problèmes de tension artérielle ?		
9	Avez-vous subi une opération cardiaque ?		
10	Etes-vous privé de l'usage d'un bras, d'une main et/ou de doigts, d'une jambe et/ou d'un pied ou des articulations correspondantes ?		
11	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour le diabète ?		
12	Etes-vous ou avez-vous été en traitement chez un ophtalmologue pour une maladie des yeux ?		
13	Avez-vous subi une opération aux yeux ou un traitement au laser ?		
14	Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?		
15	Votre vision, son acuité et/ou votre champ visuel est-il atteint ?		
16	Votre vision crépusculaire ou dans l'obscurité est-elle réduite ou insuffisante ?		
17	Etes-vous dépendant de l'alcool, de drogues ou de l'usage abusif de médicaments, ou avez-vous été en traitement pour l'un de ces motifs ?		
18	Prenez-vous des médicaments susceptibles d'influencer la conscience, la perception, la capacité de jugement ou le fonctionnement normal tels que tranquillisants, somnifères, stimulants, antidépresseurs ou autres psychotropes ?		
19	Souffrez-vous d'une affection au foie ou aux reins ?		
20	Avez-vous subi une transplantation d'organe ou un autre implant artificiel ayant une influence possible sur votre aptitude à la conduite ?		

Je, soussigné, déclare sur l'honneur avoir répondu loyalement aux questions posées ci-dessus et ne pas être atteint d'une autre maladie ou d'une autre affection quelconque susceptible d'entraver ou d'empêcher, même passagèrement, la conduite normale d'un véhicule d'une catégorie ou sous-catégorie du groupe 2.

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature du candidat :

Les données collectées à l'aide de ce formulaire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, seront traitées pour la gestion des examens médicaux en vue de l'obtention d'un permis de conduire par et sous la responsabilité de Mensura SEPP A.S.B.L., Laurentide, Rue Gaucheret 88/90, 1030 Bruxelles.  
 Si vous désirez prendre connaissance des données qui vous concernent et demander, le cas échéant, la rectification de celles-ci, adressez-vous à Mensura Service Externe de Prévention et de Protection A.S.B.L., Laurentide, Rue Gaucheret 88/90, 1030 Bruxelles.