

<input type="checkbox"/> <b>Demande d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire pour la catégorie :</b> <input type="checkbox"/> <b>Demande d'échange d'un permis de conduire étranger de la/des catégorie/s :</b>	<b>FO 302 01 - Page 1 sur 2</b> Version 17.0 - 24.03.21 - STH
---	--

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

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

Pour une description complète des catégories, veuillez consulter [scan-ne.ch/categories](http://scan-ne.ch/categories).

<b>Indications personnelles</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
<b>Nom/s :</b> (nom de naissance à spécifier si différent du nom de famille)
<b>Prénom/s :</b>
<b>Rue et no :</b>
<b>NPA et localité :</b>

<b>Date de naissance :</b>
<b>Tél. privé :</b>
<b>Tél. prof. :</b>
<b>Portable :</b>
<b>Nationalité :</b> (pour ressortissant étranger USA, F, GB, D, B, etc.)

**Signature du conducteur →**

<b>Lieu/x d'origine &amp; canton/s :</b> <small>(pour ressortissant suisse)</small>
<b>Courriel/s (e-mail) :</b>



**Questionnaire (recto et verso)**

	Non	Oui	remarques			Non	Oui	remarques
<b>4 Mesures</b>				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.)?
<b>5 Maladies, handicaps et consommation de substances</b>								
<b>5.1</b> Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison :								5.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :
- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					- problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments ?
- maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (cure de désintoxication/traitement ambulatoire) ?
- maladie oculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ?
- maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					- Si oui: avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ?
- maladie des organes abdominaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					- d'épilepsie ou de crises semblables ?
- maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					- d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence accrue?
- maladie rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					<b>5.3</b> Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un véhicule automobile ?
- somnolence diurne accrue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					
- douleurs chroniques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----					<b>5.4</b> Remarques ou compléments aux données ci-dessus:
- 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 PRATIQUANT EN SUISSE** - Rappel des exigences médicales >>> [scan-ne.ch/opticiens](http://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  < 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 Exigences :

du 1er groupe satisfaites sans correcteurs de vue satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue non satisfaites du 2e groupe 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 : B Non  Oui : nombre de mois  -----B1   -----F   -----Catégories : C Non  Oui : nombre de mois  -----C1   -----Trolleybus   -----**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 :