

☐ Demande d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire pour la catégorie :

FO 302 01 - Page 1 sur 2

☐ Demande d'échange d'un permis de conduire étranger de la/des catégorie/s :

Version 20.8.3 - 25.04.24 - STH

Groupe médical 1	A	A35	A1	B	B1	BE	F	G	M	Groupe médical 2	C	C1	C1/118	D	D1	DE	CE	C1E	D1E	TPP121	TPP122	Trolley110
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Indications personnelles (svp en majuscule)

☐ Monsieur	☐ Madame	No client : - - -
Nom/s (nom de naissance à spécifier si différent du nom de famille) :		
Prénom/s :		
Rue et no :		
NPA et Localité :		
Lieu/x d'origine et canton/s. (Ressortissant étranger : nationalité) :		
Date de naissance :		
Téléphone pour vous joindre entre 8h et 16h :		
Tél. portable :		
Courriel :		

Dès réception du formulaire, le SCAN vous enverra, par SMS ou courriel, un lien vous permettant de télécharger votre photo et votre signature.

↑↑↑↑

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 ?		☐	☐		- maladies avec troubles des fonctions cérébrales (troubles de la concentration, de la mémoire, des réflexes, etc.) ?		☐	☐	
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 ?		☐	☐	
- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ?		☐	☐		- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (cure de désintoxication/traitement ambulatoire) ?		☐	☐	
- maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.) ?		☐	☐		- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ?		☐	☐	
- maladie oculaire ?		☐	☐		- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ?		☐	☐	
- maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement) ?		☐	☐		- d'épilepsie ou de crises semblables ?		☐	☐	
- maladie des organes abdominaux ?		☐	☐		- d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence		☐	☐	
- maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ?		☐	☐		5.3 Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un véhicule automobile ?		☐	☐	
- maladie rénale ?		☐	☐		5.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus :				
- somnolence diurne accrue ?		☐	☐						
- douleurs chroniques ?		☐	☐						
- blessures consécutives à un accident incomplètement guéries (blessures crâniennes, cervicales, dorsales ou des extrémités) ?		☐	☐		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 des données personnelles :

Nom/s :

Prénom/s :

D/n :

No client : - - -

À FAIRE REMPLIR PAR UN OPTICIEN DIPLÔMÉ OU UN OPHTHALMOLOGUE PRATIQUANT 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 ☐ oui*Champ 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

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	☐	☐	_____
B1	☐	☐	_____
F	☐	☐	_____

Catégories :		Non	Oui : nombre de mois
C	☐	☐	_____
C1	☐	☐	_____
Trolleybus	☐	☐	_____

Documents à annexer :

- | | |
|---|--|
| ☐ l'attestation du cours "premiers secours aux blessés" | ☐ 1 copie d'une pièce d'identité suisse ou d'un permis de séjour |
| ☐ contrat d'apprentissage, uniquement pour un apprenti chauffeur poids lourd | ☐ 1 certificat médical pour : le groupe 1 ☐ le groupe 2 ☐ |
| ☐ permis de conduire étranger (original) | ☐ _____ |

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, la personne concernée doit amener, elle-même, son dossier au SCAN afin de procéder à son identification

Lieu et date :

**Signature/s :