



Annexe 2b à la directive sur les Examens d'aptitude médicale

Données personnelles du candidat resp. du conducteur de véhicules moteurs:	
Nom:	
Prénom:	
Date de naissance:	
Entreprise:	
N° permis:	

Résultat:	
Examen d'aptitude effectué par:	
Nom du cabinet ou de l'institut:	
Date de l'examen:	
<input type="checkbox"/>	Degré d'exigences 1
<input type="checkbox"/>	Degré d'exigences 2
<input type="checkbox"/>	Premier examen d'aptitude selon art. 13 OCVM
<input type="checkbox"/>	Examen périodique selon art. 40 OCVM
<input type="checkbox"/>	Examen extraordinaire / évaluation selon art. 12 et 13 OASF
<input type="checkbox"/>	Apte
<input type="checkbox"/>	Moyen de correction de la vue (b.1) <input type="checkbox"/> Prothèse auditive (b.2)
<input type="checkbox"/>	Inapte
<input type="checkbox"/>	Apte sous réserves
<input type="checkbox"/>	Périodicité écourtée → prochain examen jusqu'au:
<input type="checkbox"/>	Restrictions:
<input type="checkbox"/>	Deutéranomalie / affaiblissement vision couleur verte (zone circulation fixée par entreprise selon ann. 5a)
<input type="checkbox"/>	Protanomalie / affaiblissement vision couleur rouge (zone circulation fixée par entreprise selon annexe 5a)

Remarques:
Examen d'aptitude médicale valable d'ici au:
Lieu, date, timbre et signature du médecin-conseil: