

**Demande d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire pour la catégorie :**  
 **Demande d'échange d'un permis de conduire étranger de la/des catégories :**

FO 302 01 — Page 1 sur 2  
Version 14.0 - 11.03.19 - STH

A  B  C  D  BE  CE  DE  G  F   
A1  B1  C1  D1  C1E  D1E  M  TPP

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

**Préambule :** le genre masculin englobe, pour des raisons de simplification et de lisibilité, le genre féminin. / À remplir en majuscule et au stylo noir.

**Indications personnelles**  Madame  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 :**

**Tél. privé :**

**Tél. prof. :**

**Portable :**

**Nationalité :** (pour ressortissant étranger USA, F, GB, D, B, etc.)

**Lieu/x d'origine & canton/s :** (pour ressortissant suisse)

**Courriel/s :**

S.v.p. ne pas coller la photo,  
le  
Service des automobiles s'en  
charge

**Signature du conducteur**

Signature à l'intérieur du cadre avec un stylo de couleur noir →

**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 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
- diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ?		<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"/>	-----
- maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	- d'une maladie psychique (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
- maladie oculaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	- Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ?	<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"/>	-----	- d'épilepsie ou de crises semblables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
- maladie des organes abdominaux ?		<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 du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ?		<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"/>	-----
- maladie rénale ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	5.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus:			-----
- 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).

Rappel des indications personnelles : Nom/s :

Prénom/s :

Date de naissance :

**À FAIRE REMPLIR PAR UN OPTICIEN DIPLÔMÉ OU UN OPHTALMOLOGUE PRATIQUANT EN SUISSE** - Rappel des exigences médicales >>> [www.scan-ne.ch/opticiens](http://www.scan-ne.ch/opticiens)

5.5 Test de la vue (validité: 24 mois)

5.51 Acuité visuelle : Vision lointaine non corrigée :  
à droite : \_\_\_\_\_ Acuité visuelle : Vision lointaine corrigée :  
à droite : \_\_\_\_\_  
à gauche : \_\_\_\_\_ à gauche : \_\_\_\_\_

5.52 Champ visuel horizontal : 1er groupe  ≥ 120  < 120 Champ visuel horizontal : 2e groupe  ≥ 140  < 140  
Pertes  non  oui  à droite  à gauche  
 en haut  en bas

5.53 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 :		Exigences :
du 1er groupe	<input type="checkbox"/>	du 2e groupe	<input type="checkbox"/>
satisfaites sans correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>	satisfaites sans correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>
satisfaites uniquement avec des	<input type="checkbox"/>	satisfaites uniquement avec des	<input type="checkbox"/>
correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>	correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>
non satisfaites	<input type="checkbox"/>	non satisfaites	<input type="checkbox"/>

**À compléter, uniquement, par un opticien diplômé<sup>1</sup> ou un ophtalmologue<sup>2</sup> pratiquant en Suisse**Date de l'examen<sup>1</sup> ou <sup>2</sup> : \_\_\_\_\_Cachet<sup>1</sup> ou <sup>2</sup> : \_\_\_\_\_Nom/s et prénom/s<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_Global Location Number (GLN)<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_Signature<sup>1</sup> ou <sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

6 **Curatelle et/ou mineure** 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 - Êtes-vous déjà titulaire d'un permis d'élève conducteur ou d'un permis de conduire (suisse ou étranger) ?  Non  Oui : remarques \_\_\_\_\_

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		Catégories :		Non	Oui : nombre de mois
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		Trolleybus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Documents à annexer :**

- 1 photographie<sup>3</sup> format passeport en couleur  1 copie d'une pièce d'identité suisse ou d'un permis de séjour  
 l'attestation du cours "premiers secours aux blessés"  1 certificat médical pour : le groupe 1  le groupe 2   
 attestation de l'Office cantonal de la formation professionnelle, selon laquelle un contrat d'apprentissage valable a été conclu  
 permis de conduire étranger (original)  \_\_\_\_\_

<sup>3</sup>Format env. 35x45 mm - 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.

Lieu et date :

\*Signature/s :

**Avant de nous faire parvenir votre demande assurez-vous d'avoir :**

- entièrement complété les pages 1 et 2 de ce formulaire
- signé une 1<sup>ère</sup> fois dans le cadre, créé à cet effet, en dessous de l'emplacement prévu pour votre photo
- signé une 2<sup>ème</sup> fois dans le cadre en dessous des "informations légales" accompagné, si besoin, de la signature du représentant légal.