

# NOTE DES CONSTATATIONS PERSONNELLES DU MEDECIN

(À remplir obligatoirement en même temps que le certificat médical et à conserver confidentiellement pour être produite ultérieurement, s'il y a lieu, notamment devant la Commission d'Appel)

## Candidat

Madame

Monsieur

Nom (nom de jeune fille pour les dames) : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

## Le soussigné, Docteur en Médecine, après examen du candidat :

Ledit examen, basé sur les observations formulées par le Docteur Médecin-Spécialiste de ..... dans une attestation jointe à la présente note, a reconnu :

que le candidat n'est atteint d'aucune des affections, infirmités ou mutilations, considérées comme éliminatoires dans la liste indicative des incapacités physiques annexées à l'Arrêté Ministériel n° 94-85 du 11 février 1994.

que le candidat est atteint des affections, infirmités ou mutilations ci-après : .....

mais que ces affections, infirmités ou mutilations sont compatibles avec la délivrance du permis de conduire des véhicules automobiles de la catégorie .....

que le candidat est atteint des affections ou infirmités ci-après : .....

lesquelles affections ou infirmités sont considérées comme compatibles avec la délivrance des permis de conduire de la catégorie ..... mais susceptibles de s'aggraver.

que le candidat est atteint des affections, infirmités ou mutilations ci-après : .....

lesquelles affections, infirmités ou mutilations sont considérées comme éliminatoires dans la liste indicative des incapacités physiques, annexée à l'Arrêté Ministériel n° 94-85 du 11 février 1994.

## Conclusion

En conséquence, le permis sollicité devra n'être accordé que pour une durée de : .....  
*En application de l'Article 6 de l'Arrêté Ministériel n° 94-85 du 11 février 1994*

L'intéressé devra porter :  
- des verres correcteurs ou lentilles cornéennes  oui  non  
- des appareils de prothèse (A, B, F)  oui  non

Fait à Monaco, le .....

Signature du Médecin :