



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE LA DRÔME

DIRECTION DE LA RÉGLEMENTATION
ET DES LIBERTÉS PUBLIQUES
Bureau de la Circulation Routière

Cadre réservé à l'administration - Motif du retour :

- DEMANDE DE (1)** Duplicata (à adresser uniquement par courrier)
 Conversion de Brevet Militaire
 Echange de permis de conduire étranger
 Changement d'état matrimonial (à adresser uniquement par courrier)
 Changement d'état civil (à adresser uniquement par courrier)
 Changement d'adresse (à adresser uniquement par courrier)
 VDP

Nom : Nom
d'épouse :
(Nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

Prénoms :
Nationalité :

Né(e) le : à Département ou pays :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Profession :

Le candidat a-t-il déjà subi un examen devant une commission médicale des conducteurs ? oui non

Si oui où : Ville : Département : date :

- Le candidat est-il ? (1)**
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | oui | non |
| Atteint de surdité ou de surdité-mutité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atteint à sa connaissance d'une incapacité physique incompatible avec le permis demandé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atteint de la perte de la vision d'un œil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Porteur de verres correcteurs ou de lentilles de contact | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PERMIS CIVILS OBTENUS			
	NUMEROS	DATES	DEPARTEMENT
AT			
AL			
A			
B			
Be a			
C			
D			
EB			
EC			

Je soussigné
(Nom) : Prénoms :
..... déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

IMPORTANT : Tout dossier incomplet sera renvoyé

A le
(Signature)

1) Cocher la case utile