Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

FORMULAIRE de DEMANDE de VISITE MÉDICALE
auprès de la COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE de PAU
(procédure exclusivement par voie postale)

Document à renvoyer :

☐ **en ce qui concerne l'arrondissement de Pau et d'Oloron Ste marie :**
à la Préfecture des Pyrénées-Atlantiques
Direction de la Réglementation – Bureau de la circulation routière
Service des commissions médicales des permis de conduire
21 rue Maréchal Joffre
64021 PAU CEDEX

☐ **en ce qui concerne l'arrondissement de Bayonne**
à la sous-préfecture de Bayonne
Bureau de la circulation routière – section permis de conduire
Allées marines – BP 3 – 64109 BAYONNE CEDEX

ÉTAT CIVIL (écrire en majuscules)

Nom de naissance	
Nom d'épouse	
Prénoms	
Date de naissance	
Adresse	
Code postal et commune	
Téléphone	

MOTIF de la DEMANDE :

☐ suspension du permis de conduire suite à alcoolémie et/ou usage de stupéfiants

☐ annulation du permis de conduire suite à alcoolémie et/ou usage de stupéfiants

☐ renouvellement de visite médicale suite à suspension ou annulation du permis de conduire suite à alcoolémie et/ou usage de stupéfiants

DOCUMENT à PRODUIRE :

Envoyer le présent formulaire renseigné accompagné d'une photocopie d'une pièce d'idendité.

Fait à .....

le .....

Signature