

DOSSIER AUTO ECOLE

N° agrément : E0205602540

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom d'époux _____ Nom de naissance _____
Prénom _____ Date de naissance _____
Latéralité : ☐ droitier ☐ gaucher
Disponibilités : ☐ vacances scolaires ☐ autre _____
Adresse _____
Téléphone(s) Fixe : _____ Portable : _____
E-mail _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ étudiant ☐ salarié ☐ retraité ☐ en recherche d'emploi ☐ sans emploi

COUVERTURE SOCIALE

Numéro sécurité sociale _____
Nom et adresse de la caisse _____
Nom et adresse de la mutuelle _____
Nom et adresse du médecin traitant _____

AUTONOMIE

Mode de déambulation actuel :

☐ marche seul ☐ marche avec aide : _____ ☐ fauteuil manuel
☐ fauteuil électrique (modèle et dimensions) : _____

Réalisation des transferts seul : ☐ oui ☐ non, préciser quelle aide : _____

PERMIS DE CONDUIRE

Etes-vous détenteur du permis de conduire ? ☐ oui ☐ non – Date d'obtention _____

Depuis quand n'avez-vous pas conduit ?

Etes-vous détenteur de l' ASSR 2 ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà eu une mise en situation de conduite ? _____

Avez-vous passé une visite médicale devant un médecin agréé ou êtes-vous déjà passé devant la commission médicale des permis de conduire ?

☐ oui ☐ non – Date et lieu de passage : _____

(nous faire parvenir un exemplaire de la mise en situation
et/ou de la visite médicale le cas échéant)

***PARTIE A FAIRE REMPLIR IMPERATIVEMENT
PAR LE MEDECIN***

MERCI de nous faire parvenir une photo avec ce courrier ainsi qu'un compte rendu médical récent et autres examens récents (dernière hospitalisation, bilan ophtalmologique, bilan neuropsychologique, bilan orthoptique...)

PATHOLOGIE & DEFICIENCE

Pathologie et histoire de la maladie : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

♦ **Examen clinique :** Merci de nous préciser l'existence de

➤ **Déficiences motrices :** ☐ oui ☐ non

Si Oui, précisez lesquelles avec le niveau et la latéralité (membres supérieurs et/ou inférieurs):

➤ **Déficiences sensitives :** ☐ oui ☐ non

Si Oui, précisez lesquelles avec le niveau et la latéralité (membres supérieurs et/ou inférieurs):

➤ **Déficiences cognitives :** ☐ oui ☐ non

➤ **Déficiences neuro-comportementales :** ☐ oui ☐ non

➤ **Autres**

Coordonnées du médecin

Date, cachet et signature du médecin