



PRÉFET DU TARN

DEMANDE D'AGRÉMENT EN VUE D'EXERCER LE CONTRÔLE MÉDICAL
DE L'APTITUDE A LA CONDUITE DANS LE DÉPARTEMENT DU TARN

1ère demande

Renouvellement quinquennal

PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

NOM :

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

.....

.....

TÉL. PROFESSIONNEL FIXE :

TÉL. PROFESSIONNEL MOBILE :

ADRESSE MAIL :

AGRÉMENTS :

L'agrément vous permet d'exercer au sein des commissions primaires, d'appel et en cabinet. Il convient toutefois que vous précisiez, afin d'organiser le contrôle médical, si vous souhaitez exercer au sein de (*) :

la commission primaire

la commission d'appel

en cabinet (hors commission)

Nombre d'agrément déjà sollicités dans un autre département :

Nombre d'agrément accordés dans un autre département :

Département concernés :

FORMATIONS :

Initiale en date du :

Continue en date du :

A, le

Signature :

La demande d'agrément doit parvenir accompagnée des documents suivants :

- les justificatifs de la qualité du demandeur et de sa spécialité

- la copie d'un justificatif d'identité

- l'attestation de suivi de la formation initiale et continue, en cas de renouvellement

- une attestation d'inscription auprès du Conseil de l'Ordre des Médecin et précisant l'absence de sanctions ordinales au cours des 5 dernières années.

(*) cocher la ou les cases correspondantes