

Bruxelles, date de la poste

Madame, Monsieur,

Vous êtes candidat - demandeur ou titulaire - au permis de conduire du groupe 1 (cat. A3, AM, A1, A2 A, B, BF, B+E, G) et

- on vous a signalé ou vous pensez que votre condition physique ne répond pas aux critères médicaux ou vous souffrez d'un trouble fonctionnel pouvant entraîner des difficultés lors de la conduite d'un véhicule à moteur (cyclomoteur, moto, quad, trike, auto, camionnette, tracteur, ...),
- vous êtes titulaire d'un permis de conduire à validité limitée et désirez proroger sa durée de validité,
- vous êtes envoyé au CARA par les autorités, un médecin examinateur, une compagnie d'assurances ou autre.

Le CARA déterminera si vous êtes apte à conduire un véhicule, moyennant éventuellement certaines adaptations, conditions ou restrictions.

Veillez remplir le document « Partie A - Informations administratives » de manière lisible et exhaustive.

Dans la « Partie B - Déclaration Personnelle », nous vous demandons de bien vouloir compléter la colonne « Candidat » et de signer la déclaration.

Vous vous adresserez ensuite à un médecin de votre choix qui devra également remplir une partie de la « Déclaration personnelle ». Le but de ce document destiné au médecin est de fournir des informations médicales requises, pas de prendre une décision finale. Le médecin complètera aussi les fiches d'informations médicales annexées comportant des informations plus détaillées et y joindra éventuellement d'autres rapports médicaux pertinents. L'intégralité du dossier complété est à renvoyer au médecin du CARA.

Après réception de tous les documents, un rendez-vous vous sera proposé.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées,

CARA  
Centre d'Aptitude à la Conduite

Veillez renvoyer les documents sous pli suffisamment affranchi. Dans le cas contraire, le courrier n'est distribué ou peut être retourné à l'expéditeur.



Je suis déchu(e) du droit de conduire par le tribunal, mon permis de conduire m'a été retiré.

Date du jugement<sup>2</sup> : ...../...../.....

Déchu(e) jusqu'au<sup>2</sup> : ...../...../.....

Examen 1:        médical / psychologique / théorique / pratique  
                      sans examen

Procédure de réhabilitation :     Oui    Non

Si oui, organisme choisi ? : .....

## 2. **Mon permis de conduire actuel**

est valable pour les catégories suivantes<sup>1</sup> :

A3   AM   A1   A2   A   B   BE   BF   G   C1   C   CE   D1   D   DE

a été délivré à (lieu): ..... le (date) : ...../...../.....

porte le numéro: .....

comporte les codes administratifs suivants: .....

Veuillez joindre une photocopie du permis de conduire.

## 3. **Catégories de permis de conduire souhaitées<sup>1</sup>**

AM   A1   A2   A   B   BE   G

La demande d'un permis du groupe 2 doit se faire *via les médecins habilités en la matière* tels que le médecin du travail, le médecin de MEDEX. *Consultez donc dans un premier temps ce médecin en service.* Vous serez, le cas échéant, renvoyé au CARA. En cas de demande de permis du groupe 2, le CARA doit disposer d'une règle de renvoi du médecin habilité.

Si vous souhaitez un permis de groupe 2, veuillez indiquer ci-après les catégories souhaitées :

B   C1   C   CE   D1   D   DE

## 4. **Participation au trafic<sup>2</sup>**

Au cours des 3 dernières années, j'ai été impliqué dans :

Nombre	Accidents	Date
.....	Avec des dégâts matériels uniquement	.....
.....	Avec blessés légers	.....
.....	Avec blessés graves ou tués	.....
.....	Quasi-accidents	.....

Commentaire éventuel :

.....  
.....  
.....

Au cours des 3 dernières années, j'ai reçu ..... procès-verbaux pour cause d'infractions au code de la route.  
Date et motif .....

.....  
.....

<sup>1</sup> Cochez ou biffez ce qui convient (s'applique au reste du document)

<sup>2</sup> Complétez (s'applique au reste du document)

J'éprouve des difficultés particulières lors de la conduite avec:

.....  
.....  
.....

J'ai des questions spécifiques concernant la conduite:

.....  
.....  
.....

**5. Port de la ceinture:**

Je suis *exempté(e)* du port de la ceinture de sécurité<sup>1</sup>: Oui / Non

Si oui: Délivrée le: ...../...../.....

N° exemption: .....

Je, soussigné(e), déclare que les données susmentionnées sont exactes et exhaustives.

Je marque mon accord pour que le médecin désigné par mes soins transmette les informations ci-jointes ainsi que toute autre information utile pour la détermination de mon aptitude à la conduite au médecin du CARA. Je comprends que les informations fournies et les résultats des examens complémentaires soient uniquement utilisés pour évaluer mon aptitude à la conduite et ne soient pas mis à la disposition de tiers, sauf cas de force majeure ou avec mon accord formel.

.

Date : ...../...../.....

Nom:

Signature:

<sup>1</sup> Cochez ou biffez ce qui convient (s'applique au reste du document)

<sup>2</sup> Complétez (s'applique au reste du document)

Cher médecin référent:

Si vous souhaitez ou devez être contacté et/ou recevoir une copie de l'attestation de l'aptitude à la conduite, prière d'écrire lisiblement vos coordonnées ci-dessous:

1. Votre adresse électronique: .....

2. Votre numéro de fax: .....

3. Votre adresse postale:

Nom: .....

Rue + numéro: .....

Code postal: .....

Lieu: .....

## Inscription au CARA

Le médecin du CARA vérifie dans la déclaration personnelle la problématique médicale dont il convient de tenir compte lors de l'évaluation de l'aptitude à la conduite demandée. Les questions posées sont en lien direct avec les « critères médicaux » fixés par la loi tels que repris dans l'AR du 23 mars 1998, annexe 6.

Le médecin du CARA, qui prend la décision quant à l'aptitude à la conduite du candidat, doit tenir compte de tous les critères établis.

Le questionnaire se compose de 2 parties :

- La première partie (volet 1) est générale et doit être remplie *de manière exhaustive* tant par le (candidat-) conducteur que par le *médecin au choix* (médecin référent). Si le document n'est pas complètement rempli, il sera renvoyé.

Le (candidat-) conducteur répond aux questions posées par « Oui » ou « Non » dans la colonne 1 (« Candidat »). Le médecin au choix (médecin référent) répond aux questions posées par « Oui » ou « Non » dans la colonne 2 (« Médecin »).

- La deuxième partie (volet 2) du questionnaire sera uniquement complétée par le médecin référent, qui peut également s'adresser (et donc renvoyer) à ses confrères médecins et spécialiste.

Le médecin référent complète les rubriques ou les fait remplir par des confrères s'il a indiqué « oui » dans la première partie. La partie 2 a (uniquement) une valeur informative pour le médecin examinateur du CARA. Le médecin référent fournit des informations pertinentes pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite. En communiquant des informations médicales pertinentes, il ne prend pas de décision quant à l'aptitude à la conduite. La décision finale revient en effet au médecin du CARA.

## VOLET 1

Le **candidat** répond aux questions posées par « Oui » ou par « Non » dans la colonne (*Candidat*). Le **médecin** répond (en fonction du candidat) aux questions posées colonne '*Médecin*'. **Ce volet du questionnaire doit toujours être complété et de manière exhaustive**

<b>Affections neurologiques</b>	<b>Candidat</b>		<b>Médecin</b>	
1. Avez-vous jamais eu une lésion ou une affection cérébrale, crânienne ou du système nerveux central, congénitale ou consécutive à un accident ou à une maladie (par ex. attaque, tumeur, sclérose en plaques...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Souffrez-vous d'une affection du système nerveux au niveau de la colonne vertébrale ou des membres?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection pouvant entraîner une diminution de la conscience, une perte de conscience soudaine ou un dysfonctionnement soudain de votre comportement habituel?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà été dans le coma ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous des troubles de perception, d'attention, de concentration, de capacité de jugement, de vitesse de réaction ou du comportement, d'orientation spatio-temporelle ou vous a-t-on un jour dit que vous présentiez un de ces troubles?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### **Affections mentales**

6. Avez-vous ou avez-vous eu par le passé une affection mentale (psychique ou psychiatrique) ou vous a-t-on un jour dit que vous présentiez un fonctionnement psychique anormal?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7. Avez-vous d'importantes difficultés d'adaptation se traduisant notamment par un comportement (routier) inadapté, une prise de risques exagérée, un comportement incontrôlé?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### **Epilepsie**

8. Etes-vous atteint d'épilepsie ou avez-vous eu par le passé une ou plusieurs crises d'épilepsie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### **Somnolence pathologique**

9. Etes-vous anormalement fatigué pendant la journée ou souffrez-vous, à votre connaissance, d'une maladie qui provoque des troubles du sommeil ou qui entraîne une somnolence excessive en journée?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### **Troubles locomoteurs**

10. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection qui se traduit par une diminution de la force musculaire, une mobilité réduite au niveau des articulations, une absence ou une paralysie totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, d'un trouble sensoriel, d'un trouble de l'équilibre ou de la coordination?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### **Affections du système cardio-vasculaire**

11. A votre connaissance, souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie cardiaque? (par ex. infarctus, malformation de la valvule cardiaque, arythmie, ...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
12. Etes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13. Avez-vous une tension artérielle trop élevée ou trop basse, ou souffrez-vous d'une maladie artérielle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### **Diabète sucré**

14. A votre connaissance, êtes-vous atteint de diabète sucré?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### **Affections du système vestibulaire**

15. Avez-vous des troubles de l'équilibre, des pertes soudaines de l'équilibre ou des vertiges?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

<b>Fonctions visuelles</b>	<b>Candidat</b>		<b>Médecin</b>	
16. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection oculaire (par ex. glaucome, cataracte, perte d'un œil, diplopie, implant de lentille...) ou êtes-vous/avez-vous été traité pour une telle affection (implantation de lentille, laser) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
17. Votre vue est-elle mauvaise, floue ou voilée ? (vous avez une mauvaise vue si vous ne pouvez pas lire la plaque d'immatriculation d'une voiture à 15/20 mètres de distance)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
18. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact pour voir <u>de loin</u> ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
19. Votre champ visuel est-il atteint ou y a-t-il des zones, dans votre champ visuel, où votre vision est réduite ou inexistante ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
20. Votre vision au crépuscule ou dans l'obscurité est-elle réduite ou inexistante ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
21. Eprenez-vous d'autres problèmes liés à la vue (par ex. reconnaissance, distinction ou traitement d'informations visuelles, évaluation des distances, de la profondeur et/ou de la vitesse) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### **Alcool, substances psychotropes**

22. Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue, des narcotiques ou des stimulants ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
23. Votre consommation d'alcool est-elle excessive, êtes-vous en état de dépendance vis-à-vis de l'alcool, en abusez-vous ou ne pouvez-vous pas vous abstenir d'en boire avant de prendre le volant, ou est-ce que ce fut le cas par le passé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### **Affections rénales et hépatiques**

24. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection rénale ou hépatique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

#### **Implants**

25. Avez-vous subi une transplantation d'organe ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
26. Vous a-t-on posé un implant ? (appareil implanté dans l'organisme lors d'une opération)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### **Autres troubles**

27. Souffrez-vous d'un trouble fonctionnel autre que ceux mentionnés ci-dessus, susceptible de limiter vos capacités fonctionnelles lors de la conduite d'un véhicule à moteur et pouvant présenter un danger lors de celle-ci ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

#### **Médicaments**

28. Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ? (indiquez ceux que vous consommez régulièrement et ceux que vous prenez occasionnellement, en précisant la dose)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

#### **A compléter uniquement par le candidat:**

Régulièrement: .....

.....

Occasionnellement: .....

.....

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir répondu de manière loyale et exhaustive aux questions posées ci-dessus. Le médecin est prié, s'il répond par **oui** à une des pathologies, de compléter les feuilles d'informations correspondantes (voir plus loin) ou, si nécessaire, de les faire remplir par le spécialiste en la matière.

Date: ...../...../.....

Signature demandeur:

Date: ...../...../.....

Signature du médecin:

Nom et adresse du médecin: .....

.....

Numéro INAMI et cachet:



**VOLET 2**

**1. Affections neurologiques**

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**  Oui  Non  N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE):** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Implants:  Oui  Non (voir partie 12)

Médication actuelle : .....  
.....  
.....

La médication a-t-elle une influence sur l'aptitude à la conduite du candidat?  Oui  Non

Durée du coma éventuel: .....  
Durée de l'éventuelle amnésie post-traumatique: .....

Le candidat présente-t-il un risque accru de diminution ou de perte de conscience soudaine?  Oui  Non

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat ? .....  
.....  
.....  
.....

Quelle est l'évolution probable, pronostic ? .....  
.....  
.....  
.....

Examen clinique (neurologique – locomoteur) *état actuel:*

	Mem. Sup. Dr.	Mem. Sup. Ga.	Mem. Inf. Dr.	Mem. Inf. Ga.
Force				
Sens. superf. prof.				
Mobilité				
Tonus - réflexes				
Coordination				
Clonus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....  
.....  
.....  
.....

Le candidat présente-t-il des *troubles cognitifs*: mémoire, attention, concentration, orientation spatio-temporelle, apraxie, agnosie, aphasie (motrice/sensorielle), héminégligence, anosognosie, dysfonctionnements perceptuels ou visuo-spatiaux, autres: .....  
Si oui, précisez s.v.p.

Le candidat présente-t-il des troubles du comportement, de jugement, de la personnalité ?  Oui  Non  
Si oui, précisez s.v.p.: .....  
Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement?  
 Oui  Non  
Le candidat présente-t-il des phénomènes anormaux de vieillissement mental?  Oui  Non  
Si oui, précisez s.v.p.: .....  
.....

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :  
 favorable  défavorable  réservé  
Motivation: .....  
.....  
.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).  
Motivation: .....  
.....  
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

*Nom et adresse du neurologue traitant:* .....  
.....  
.....

*Date:* ..... *Numéro INAMI et cachet:* .....  
*Signature:* .....

**2. Affections mentales**

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**  Oui  Non  N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE) :** .....  
.....  
.....  
.....

Eventuellement classification DSM V – TR : .....  
.....

Médication actuelle : .....  
.....  
.....

La médication a-t-elle une influence sur l'aptitude à la conduite du candidat ?  Oui  Non

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat? .....  
.....  
.....  
.....

Quelle est l'évolution probable, pronostic ? .....  
.....  
.....  
.....

Le candidat se trouve-t-il en situation d'admission forcée?  Oui  Non jusqu'au: ...../...../.....  
Le candidat est-il placé sous contrat post-cure obligatoire?  Oui  Non jusqu'au: ...../...../.....  
Le tribunal a-t-il désigné un administrateur de biens?  Oui  Non depuis: ...../...../.....  
Le candidat est-il interné:  Oui  Non jusqu'au: ...../...../.....  
Le tribunal a-t-il placé le candidat sous statut de minorité prolongée?  Oui  Non jusqu'au: ...../...../.....  
Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement?  Oui  Non

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :

favorable  défavorable  réservé

Motivation: .....  
.....  
.....  
.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen (neuro)psychologique?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....  
.....  
.....  
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

*Nom et adresse du psychiatre traitant:* .....  
.....  
.....  
.....

*Date:*  
*Signature:*

*Numéro INAMI et cachet:*

### 3. Epilepsie

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**  Oui  Non  N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement :** .....

.....

.....

.....

Intervention chirurgicale: .....

.....

.....

Type de crise, description: .....

.....

**Date première crise :** ...../...../..... **Date dernière crise :** ...../...../.....

Fréquence des crises : .....

Médication actuelle: .....

.....

.....

Résultats du dernier EEG: .....

.....

.....

L'EEG montre-t-il des anomalies épileptiques?  Oui  Non

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement ?  Oui  Non

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat ? .....

.....

.....

.....

Quelle est l'évolution probable, pronostic ? .....

.....

.....

.....

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :  
 favorable  défavorable  réservé

Motivation: .....

.....

.....

.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....  
.....  
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse du neurologue traitant: .....

.....  
.....

Date:  
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

#### 4. Somnolence pathologique – narcolepsie – cataplexie – apnée du sommeil

L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?  Oui  Non  N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE): .....

.....  
.....

Médication actuelle: .....

.....  
.....

Il y a un syndrome d'apnée du sommeil modéré ou sévère?  Oui  Non

Quel est l'index IAH?: .....

Le syndrome d'apnée est-il traité efficacement?  Oui  Non

Si oui, depuis quand?: .....

Quelle est la situation fonctionnelle actuelle du candidat? .....

.....  
.....

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement?  Oui  Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic? .....

.....  
.....

Pouvez-vous émettre votre avis concernant l'aptitude à la conduite :

favorable  défavorable  réservé

Motivation: .....

.....  
.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
 (si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation:

.....  
 .....  
 .....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant: .....

.....  
 .....

Date:

Numéro INAMI et cachet:

Signature:

### 5. Affections du système locomoteur

**En cas de lésions cérébrales, complétez uniquement la partie 1 «Affections neurologiques»**

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**  Oui  Non  N/A  
 (si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE) :** .....

.....  
 .....  
 .....

**Traitement :**

- Intervention chirurgicale (+ date): .....
- Centre de revalidation: ..... Durée : du: ...../...../..... au ...../...../.....
- Médication actuelle: .....

**Situation actuelle :**

Examen clinique (locomoteur – neurologique):

	Mem. Sup. Dr.	Mem. Sup. Ga.	Mem. Inf. Dr.	Mem. Inf. Ga.
Force				
Sens. superf. prof.				
Mobilité				
Tonus-réflexes				
Coordination				
Clonus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Motivation: .....

Quelle est l'évolution probable, pronostic ? .....

Pouvez-vous émettre votre avis concernant l'aptitude à la conduite :
☐ favorable ☐ défavorable ☐ réservé

Motivation: .....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant: .....

Date:
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

6. Affections du système cardiovasculaire

L'état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande? ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE): .....

Médication actuelle: .....

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat? .....

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic ? .....

Implantation d'un stimulateur cardiaque ?  Oui  Non date: ...../...../.....  
Implantation d'un défibrillateur ?  Oui  Non date: ...../...../.....

Autres interventions chirurgicales et date: .....

Si d'application: classe NYHA (\*): .....

Pouvez-vous émettre votre avis concernant l'aptitude à la conduite :  
 favorable  défavorable  réservé

Motivation: .....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse du médecin/spécialiste: .....

Date:  
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

**7. Diabète sucré**

L'état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?  Oui  Non  N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

Type de diabète:  Type I  Type II

Diabète depuis:.....

(\*) Classe I Patient avec souffrance cardiaque sans symptôme: des efforts physiques normaux n'entraînent ni fatigue, ni palpitations cardiaques, ni dyspnée ni douleurs angineuses.  
Classe II Patient sans symptôme au repos qui en présente à la suite d'efforts normaux.  
Classe III Patient sans symptôme au repos qui en présente à la suite de faibles efforts.  
Classe IV Patient avec symptômes au repos.



## 1. Traitement actuel

*Pas de risque significatif d'hypoglycémie:*

- Régime uniquement
- Metformine (glucophage, metformax, metformine) et/ou inhibiteur DPP4 (galvus, januvia, onglyaz, trajenta) et/ou glitazone (actos) et/ou acarbose (glucobay)
- Injection avec incretinomimétique (GLP 1-analogue) (byetta, victoza, lyxumia)

*Risque d'hypoglycémie:*

Sulfamide (daonil, euglucon, (uni) gliclazide, uni diamicon, amarylle, glimepiride, glibenese, minidab, glurenorm) ou glinide (novonorm, repaglinide).

Insuline 1 injection  
Insuline 2 injections

Insuline 3 injections  
Insuline 4 injections  
Pompe à insuline

Renvoi obligatoire vers endocrino-diabétologue pour le **groupe 2**

Renvoi obligatoire vers endocrino-diabétologue pour les **groupes 1 et 2**

## 2. Evaluation hypo/hyperglycémie

- Hypoglycémie sévère: risque accru d'hypoglycémie sévère
- Hyperglycémie sévère: risque accru d'hyperglycémie sévère
- Hypoglycémie récurrente (2 ou > hypoglycémie sévère au cours des 12 derniers mois)
- Pas suffisamment conscience du risque d'hypoglycémie

Renvoi obligatoire vers endocrino-diabétologue pour les **groupes 1 et 2**

## 3. Diabète actuel

Diabète stable:  Oui  Non

Surveillance médicale régulière :

- Oui, par le médecin traitant: ..... fois par an.
- Oui, par le spécialiste: ..... fois par an.
- Non

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son affection? :  Oui  Non

Suivi thérapeutique rigoureux:  Oui  Non

Le candidat a-t-il reçu une formation en matière de diabète?  Oui  Non

## 4. Diabète et complications

Le diabète influe-t-il sur d'autres systèmes:  Oui  Non

Si oui, sur quoi:

- Fonctions visuelles → compléter rubrique 9
- Système cardiovasculaire → compléter rubrique 6
- Système nerveux → compléter rubrique 1
- Fonction rénale → compléter rubrique 11
- Système locomoteur (influence sur la conduite de véhicules à moteur en toute sécurité) → compléter rubrique 5

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :

- favorable  défavorable  réservé

Motivation: .....  
.....  
.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....  
.....  
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant: .....  
.....  
.....

Date:  
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

**8. Ouïe et système vestibulaire**

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**  Oui  Non  N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE):** .....  
.....  
.....  
.....

Médication actuelle: .....  
.....  
.....

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat ? .....  
.....  
.....

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement ?  Oui  Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic ? .....  
.....  
.....  
.....

L'affection peut-elle causer des vertiges, des diminutions de la conscience ou des troubles d'équilibre soudains?  Oui  Non

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :

favorable     défavorable     réservé

Motivation: .....

.....

.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse de l'O.R.L. traitant: .....

.....

.....

Date:  
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

### 9. Fonctions visuelles

**Comme le prescrit la loi, le candidat présentant un trouble au niveau des fonctions visuelles doit être adressé à un ophtalmologue. Le renvoi vers un ophtalmologue doit se faire en cas de diminution des fonctions visuelles**, notamment en cas de diminution de l'acuité visuelle ou du champ visuel, de troubles de la motricité oculaire ou ptose, de diplopie, de vision crépusculaire perturbée, de perte de l'usage d'un œil, perturbation de sensibilité au contraste ou à la luminosité, ...

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**       Oui     Non     N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE) :** .....

.....

.....

Médication actuelle : .....

.....

.....

Antécédents ophtalmologiques: .....

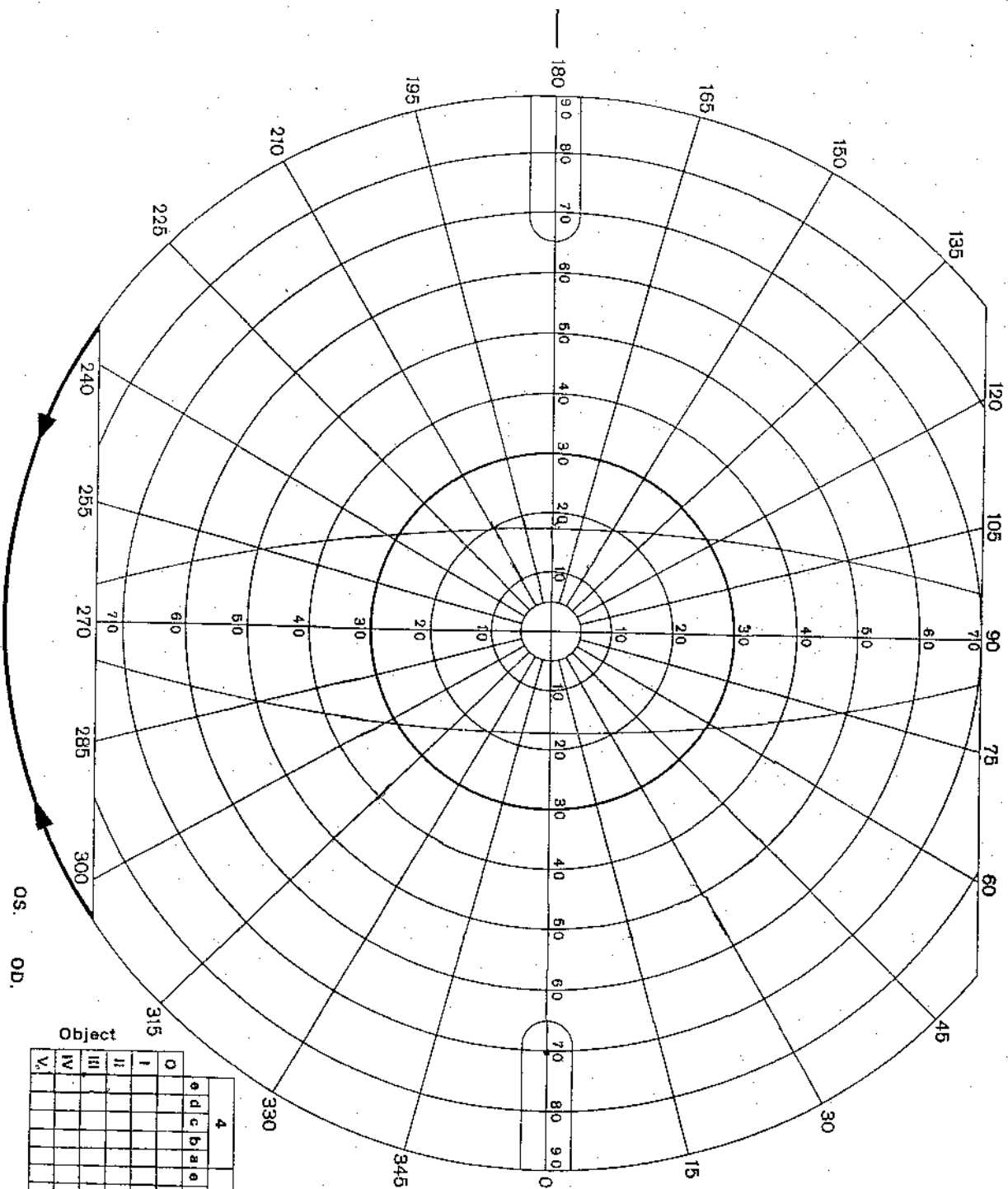
Inspection – examen biomicroscopique: .....

Mobilité oculaire – covertest: .....

Réflexes pupillaires et cornéens: .....

Acuité visuelle de LOIN	Sans correction		Avec correction		Lunettes Lentilles	Dioptrie
	Temporal	Nasal	Supérieur	Inférieur		
Œil gauche					Lu / Le	
Œil droit					Lu / Le	
Binoculaire						
Vision crépusculaire						
<b>Champ visuel<sup>(◊)</sup></b>	Temporal	Nasal	Supérieur	Inférieur		
Œil gauche	°	°	°	°		
Œil droit	°	°	°	°		
Binoculaire	Gauche	Droite	Supérieur	Inférieur		
	°	°	°	°		

(◊) Si le candidat porte une correction optique, la mesure du champ visuel se fait avec cette correction optique. Veuillez joindre le protocole de la mesure ou fournir une présentation précise.



Relat. Intens.

	4	3	2	1
O	e	d	c	b
I	a	e	d	c
II	b	a	e	d
III	c	b	a	e
IV	d	c	b	a
V	e	d	c	b

Object

### 1. Acuité visuelle

Le port d'une correction optique est-il obligatoire (\*)?  Oui  Non  
Si oui:  Lunettes  Lentilles de contact  Lunettes ou lentilles de contact  Autres : .....

Le candidat est-il apte à conduire un véhicule à moteur en toute sécurité au crépuscule et dans l'obscurité?  
 Oui  Non

**Diplopie:**  Oui →  Centrale  Périphérique -  Non

En cas de diplopie, celle-ci peut-elle être corrigée de manière suffisante à l'aide d'une correction optique, permettant ainsi la conduite d'un véhicule à moteur en toute sécurité?  Oui  Non

Si oui, type:  Couverture sur:  œil gauche  
 Verre opaque  œil droit  
 Lunettes avec prisme

### 2. Champ visuel

Le candidat souffre-t-il d'une atteinte du champ visuel?  Oui  Non  
Si oui, laquelle (monoculaire, binoculaire, concentrique, latéralisée, scotome, relative, absolue, ...)?  
.....  
.....

Vous estimez que le candidat présentant une atteinte du champ visuel est apte à conduire, mais le renvoyez au CARA pour une évaluation pratique, conformément aux critères médicaux?  
 Oui  
 Non, car je considère le candidat comme inapte à la conduite.

### 3. Autres affections

Le candidat a-t-il une vision suffisante des contrastes?  Oui  Non  
Le candidat a-t-il des problèmes d'éblouissement, est-il gêné par la lumière diffuse?  Oui  Non  
Le candidat présente-t-il d'autres affections oculaires, des troubles visuels ou des restrictions?  Oui  Non  
Si oui, lesquelles?.....  
.....  
.....

Estimez-vous souhaitable de fixer certaines conditions ou restrictions ?  
 Oui  Non  La décision revient au CARA  
Si oui, lesquelles?.....  
.....  
.....

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :  
 favorable  défavorable  réservé

Motivation: .....  
.....  
.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....  
.....  
.....

(\*) Une correction optique est obligatoire non seulement pour satisfaire aux normes minimales, mais également pour conduire un véhicule à moteur en toute sécurité. Dans ce cas, une attestation d'aptitude à la conduite modèle VIII (groupe 1) ou modèle X (groupe 2) doit être délivrée.

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 2 (p. 28), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse de l'ophtalmologue/spécialiste traitant: .....  
.....  
.....

Date:  
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

**10. Substances psychotropes, médicaments et alcool**

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**  Oui  Non  N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**1. Abus, dépendance et consommation excessive et irresponsable lors de la conduite d'un véhicule à moteur**

Il y a/a eu<sup>(\*)</sup> consommation abusive ou irresponsable d'alcool, de médicaments, de substances psychotropes avant ou pendant la conduite d'un véhicule à moteur, de sorte que la tâche de conduite est/a été influencée défavorablement:  Oui  Non

On constate/a constaté<sup>(\*)</sup> une dépendance, un abus d'alcool, de médicaments, de substances?  
 Oui  Non

Période (spécifiez pour chaque substance):

Substance: ..... du: ...../...../..... au: ...../...../.....  
Substance: ..... du: ...../...../..... au: ...../...../.....  
Substance: ..... du: ...../...../..... au: ...../...../.....

Abstinence prouvée depuis le: ...../...../.....

Traitement: .....

Médication actuelle: .....  
.....  
.....

Autre (hospitalisation, groupe d'entraide...): .....  
.....  
.....

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat ? .....  
.....  
.....

Le candidat fait-il l'objet d'un suivi médical?  Oui  Non

Fréquence: .....

Par qui : .....

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement ?  
 Oui  Non

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :

favorable     défavorable     réservé

Motivation: .....  
.....  
.....  
.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?     Oui     Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....  
.....  
.....  
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

*Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant* : .....  
.....  
.....  
.....

Date:  
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

## 2. Usage thérapeutique de médicaments susceptibles d'influencer défavorablement le comportement routier

Médication actuelle, doses et, éventuellement, mention de modifications récentes :

- a) Médication journalière et moment de la prise: .....  
.....  
.....
- b) Médication irrégulière (mentionnez également à quelle occasion celle-ci est ingérée): .....  
.....  
.....  
.....

Avez-vous signalé au candidat l'influence et les effets secondaires de ces médicaments, y compris de leur combinaison et de l'association avec l'alcool?     Oui     Non

Le candidat est-il suffisamment conscient des risques qu'entraîne la consommation de ces médicaments pour la conduite ?     Oui     Non

Le candidat connaît-il le temps de latence de la médication, pendant lequel il ne peut pas conduire et le respecte-t-il?     Oui     Non

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :

favorable     défavorable     réservé

Motivation: .....  
.....  
.....  
.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?     Oui     Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....  
.....  
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant : .....  
.....  
.....

Date:  
Signature

Numéro INAMI et cachet :

**11. Affections hépatiques et rénales**

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**       Oui     Non     N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE) :** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Médication actuelle: .....  
.....  
.....

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat? .....  
.....  
.....

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement?  
 Oui     Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic ? .....  
.....  
.....  
.....

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :  
 favorable     défavorable     réservé

Motivation: .....  
.....  
.....



Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant : .....

Date:  
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

**12. Implants: transplantation d'organes ou d'implants artificiels (tels que neurostimulateur, système d'administration de médicaments, ...)**

**L' état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande?**  Oui  Non  N/A  
(si ce n'est pas le cas, vous ne devez pas compléter cette partie).

**NB:**

- **Stimulateur cardiaque & défibrillateur automatique:** voir 6: affections du système cardiovasculaire
- **Transplantations du cœur, du cristallin, du rein, du foie:** voir respectivement les rubriques 6,9 et 11.
- **Prothèses articulaires ou matériel de fixation orthopédique:** voir 5: affections du système locomoteur.

Décrivez la nature de l'implant, la cause, la date, éventuellement le type de médication administrée via le diffuseur de médicaments, le dosage et le schéma d'administration (continu, intermittent...):

Le patient contrôle-t-il lui-même le fonctionnement du système implanté?  Oui  Non

Quels sont les risques éventuels de dysfonctionnements aigus du système implanté (overdose, hyperstimulation...) et les conséquences possibles pour le patient? .....

Quels sont les risques éventuels du fonctionnement du système implanté et les conséquences éventuelles pour le patient ?.....

Le système doit-il être activé ou désactivé pendant la conduite ?  Activé  Désactivé  
Le patient a-t-il été averti des risques éventuels ?  Oui  Non  
Le patient possède-t-il le mode d'emploi et les conditions d'utilisation ?  Oui  Non  
Le patient connaît-il les précautions d'usage du fabricant ?  Oui  Non

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat ? .....  
.....  
.....

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement?  
 Oui  Non

Pouvez-vous émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :  
 favorable  défavorable  réservé

Motivation: .....  
.....  
.....

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique récent est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation: .....  
.....  
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations (Avis 1 (p. 27), celle-ci ne vaut que comme avis et non comme décision).

*Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant:* .....  
.....  
.....

*Date:*  
*Signature:*

*Numéro INAMI et cachet:*

## AVIS 1 : FORMULAIRE D'AVIS MEDECINS

Sur ce document, vous pouvez émettre votre avis concernant l'aptitude à la conduite de votre patient. Ce formulaire n'est qu'un simple avis, il ne s'agit pas d'une évaluation ou d'une décision définitive.

Catégories du permis pour **groupe 1** :

	Apte à la conduite	Inapte à la conduite	Réservé
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B + E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jugez-vous souhaitable de fixer des conditions ou restrictions (uniquement environnement connus, pas d'autoroute, uniquement en journée, alcolock, ...)?

Oui  Non

Si oui, quelles conditions ou restrictions? .....

.....  
.....  
.....

Remarques: .....

.....  
.....  
.....

Durée de validité (éventuelle) :

une durée de validité illimitée

une durée de validité limitée : ...../...../.....

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant: .....

.....  
.....  
.....

Date:

Signature:

Numéro INAMI et cachet:

## AVIS 2: FORMULAIRE D'AVIS OPHTALMOLOGUES

Sur ce document, vous pouvez émettre votre avis concernant l'aptitude à la conduite de votre patient. Ce formulaire n'est qu'un simple avis, il ne s'agit pas d'une évaluation ou d'une décision définitive.

Catégories du permis pour **groupe 1** :

	Apte à la conduite	Inapte à la conduite	Réservé	CARA*
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B + E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jugez-vous nécessaire que le candidat porte une correction optique pour la conduite d'un véhicule ?

Oui  Non

Si oui, de quel type ?

Lunettes uniquement

Lentilles de contact uniquement

Lunettes ou lentilles de contact

Cache-œil à gauche

Cache-œil à droite

Correction optique spécifique, précisez : .....

Correction optique spécifique à gauche, précisez: .....

Correction optique spécifique à droite, précisez: .....

Jugez-vous souhaitable de fixer des conditions ou restrictions (uniquement environnement connus, pas d'autoroute, uniquement en journée ...)?

Oui  Non

Si oui, quelles conditions ou restrictions? .....

.....

.....

Remarques: .....

.....

.....

Durée de validité (éventuelle) :

une durée de validité illimitée

une durée de validité limitée: .....

Nom et adresse de l'ophtalmologue traitant: .....

.....

.....

Date:  
Signature:

Numéro INAMI et cachet:

\* A déterminer par le CARA (si le candidat peut uniquement être déclaré apte à la conduite conformément à l'article 45 de l'AR du 23 mars 1998, prière de remplir une attestation officielle modèle VIII et de l'envoyer.

## FORMULAIRE PREFERENCE LIEU D'EXAMEN

Le CARA effectue des examens de conduite pratique dans différents endroits dans le cadre de l'évaluation de l'aptitude à la conduite. Nous vous prions de bien vouloir compléter ce formulaire afin que nous **puissions tenir compte** de votre préférence en matière de lieu d'examen ?

**ATTENTION : Votre problème médical détermine l'endroit et les examens et véhicules y afférents. Par exemple, lorsque nous jugeons nécessaire le suivi d'un examen médical ou neuropsychologique, vous serez tenu de venir à Bruxelles.**

Bruxelles

Brabant wallon

Région Wavre

Brabant flamand

Région Louvain

Région Diest

Région Vlezenbeek

Luxembourg

Région Marche-en-Famenne

Région Arlon

Anvers

Région Geel

Région Kontich

Région Bornem

Liège

Région Eupen

Région Huy

Région Liège

Région Namur

Flandre-Orientale

Région Gand

Région Brakel

Région Alost

Namur

Région Yvoir

Région Namur

Flandre-Occidentale

Région Bruges

Région Courtrai

Hainaut

Région Charleroi

Région Braine-le-Comte

Région Mons

Région La Louvière

Limbourg

Région Hasselt

Région Overpelt