



PRÉFÈTE DES DEUX-SÈVRES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction du Cabinet
Service des sécurités
pref-bs@deux-sevres.gouv.fr

Demande d'agrément pour exercer le contrôle médical de l'aptitude à la conduite

1er agrément* Renouvellement*

PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

NOM : Prénoms :
Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse du lieu d'exercice :
.....

N° de téléphone professionnel
fixe : Portable.....

Adresse de messagerie professionnelle :
Spécialité (s) :

AGRÉMENTS :

L'agrément vous permet d'exercer au sein de commission primaire, d'appel ou en cabinet.
Il convient toutefois de préciser, si vous souhaitez exercer au sein de :

- Commission primaire
- Commission d'appel
- En cabinet

Nombre d'agréments déjà sollicités dans un autre département:
Nombre d'agréments accordés dans un autre départements :

FORMATIONS :

Initiale en date du :
Continue en date du :

A Le
Signature du demandeur :

Pièces à joindre à l'appui de la demande

- Justificatif de l'identité (photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité)
- Justificatif de la qualité (photocopie du diplôme)
- Justificatif de la spécialité (photocopie du diplôme)
- Justificatif de l'inscription à l'Ordre des Médecins (photocopie de l'attestation d'inscription)
- Justificatif de la formation initiale ou continue (attestation de formation)