

CERTIFICAT MEDICAL POUR LE PERMIS DE CONDUIRE

(Article 89, paragraphe 3, alinéa B du Décret N°99-134/PRM du 26 mai 1999)

PRENOM :

JE SOUSSIGNE Dr _____

NOM :

CERTIFIE AVOIR EXAMINE M: _____

NE LE :

A :

DOMICILIE

Sollicite le permis de conduire les véhicules :

- Pour infirmes : catégorie **F**
- Poids léger : catégorie **B**
- Poids lourd : catégorie **C**
- Transport en commun : **D**
- Remorques et semi-remorques **E**

Le Directeur Régional des Transports Terrestres et Fluviaux du District de Bamako serait reconnaissant à Monsieur le Médecin agréé de la commission de bien vouloir établir le certificat médical ci-contre.

Bamako, le
Directeur Régional



ACUITE VISUELLE :

- De loin : sans correction/avec correction
OD
OG
- De près :
OD
OG

OBSERVATIONS :

ACUITE AUDITIVE :

- Audition Normale Oui Non
- Présence de vertige Oui Non

OBSERVATIONS :

EXAMEN CLINIQUE :

CONCLUSION :

En conséquence j'estime que le candidat est..... à conduire les véhicules de la catégorie ci-dessous désignée.

F	B	C	D	E

Bamako, le _____
Le Médecin Agréé