


PERMIS C1

Documents à remettre **au plus tard 3 semaines avant l'entrée** en formation (code ou conduite selon les cas).

<ul style="list-style-type: none"> - Le document nommé « INSCRIPTION ANTS » : A compléter. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Le document nommé « MANDAT » : A compléter. - Ce document est à remplir par le participant avec son nom, prénom, date et lieu de naissance puis signé afin de nous autoriser à enregistrer la demande de permis auprès des services ANTS au nom du participant. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Joindre la COPIE RECTO/VERSO du PERMIS DE CONDUIRE du participant : Cette copie doit être lisible et copiée dans l'intégralité du titre (toute photocopie rongée sera rejetée). 	
<ul style="list-style-type: none"> - Joindre la COPIE RECTO/VERSO de la PIÈCE D'IDENTITÉ du participant : Cette copie doit également être lisible et copiée dans son intégralité. La pièce d'identité (carte d'identité ou passeport) doit être en cours de validité. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Joindre la VISITE MÉDICALE d'aptitude : Elle est à effectuer avant la remise du dossier de demande d'inscription, chez un médecin agréé par la préfecture (voir liste jointe). Le médecin vous remettra le CERFA 14880-02 de couleur bleue complété qu'il faudra nous fournir en copie lors de votre remise de documents. La visite vous coûtera 36€. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser de EPHOTOS AGRÉÉES ANTS (avec code numérique et signature électronique) : Ces e-photos peuvent être faites dans des photomaton signalés avec un logo bleu ANTS. <div data-bbox="571 1288 954 1433" data-label="Image">  </div> <p>Lors de la prise de vue il sera demandé au candidat d'apposer sa signature à l'aide d'un stylet sur l'écran tactile. Une planche photo-signature lui sera remise avec un code à 22 caractères alphanumériques que nous utiliserons pour l'enregistrement du dossier. Attention : Le code ephotos est valable 6 mois et à usage unique.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Joindre un JUSTIFICATIF DE DOMICILE de moins de six mois au nom du candidat (facture téléphone portable ou impôts). Ce justificatif doit être au nom du participant. - Si le candidat est hébergé : Joindre l'ATTESTATION SUR L'HONNEUR complétée par l'hébergeur ainsi que sa PIÈCE D'IDENTITÉ (en cours de validité). 	

Une enveloppe format A5 avec deux timbres au tarif classique, au nom et adresse du participant devra être portée lors de la formation.



INSCRIPTION ANTS

A compléter par le participant

Nom		
Prénom		
Téléphone		
Mail		
Le candidat est : (Merci de cocher votre réponse)		
Porteur d'un dispositif de correction de la vision (verres correcteurs, lentilles de contact)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Atteint à sa connaissance d'une affection et/ou d'un handicap susceptible d'être incompatible avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire à durée limitée.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Titulaire d'une pension d'invalidité ou militaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>



MANDAT PAPIER POUR ENREGISTREMENT DU DOSSIER PERMIS DE CONDUIRE SUR ANTS (Agence Nationale des Titres Sécurisés)

Je soussigné (e) , né (e)
le à

atteste donner mandat à la SAS
Feu vert formation agréée comme auto-école auprès de la préfecture de
Bordeaux sous le numéro E1303300030, pour l'ensemble des démarches
liées à l'enregistrement de mon dossier permis de conduire catégorie
 sur le site internet ANTS.

Fait le à

Signature

**LISTE DES MÉDECINS DÉCLARÉS POUR L'APTITUDE MÉDICALE A LA CONDUITE AUTOMOBILE
(consultant hors Commission Médicale) - Mise à jour au 24/07/2024**

Ville	Nom	Prénom	Adresse	Code Postal	N° de téléphone
ARCACHON	HAMON	Dominique	1 boulevard Pierre Loti	33120	07.86.68.77.25
	PEYRE	Pascal	33, avenue de la République	33120	05 57 52 17 17
	ROUX	François	Arcachon Marine rue Saint Elme	33120	05 56 54 94 95
ARSAC	MICHEL	Eric	5, place Saint-Germain	33460	05 57 88 84 00
BASSENS	BAUD	Mickaël	15 rue Paul Bert	33530	06 66 13 35 84
BAZAS	DAROUY	Anne	1 bis chemin de marmande	33430	05 56 25 96 09
	PEROT	Anne	3 rue de l'Eyrevieille	33430	05 56 25 02 51
BLAYE	DUMARTIN	Véronique	1, rue Nicole Girard-Mangin	33390	05 57 94 42 42
BORDEAUX	BERANGER	Philippe	52, avenue Thiers	33000	05 56 40 40 56
	BROUCAS	Fabrice	Cabinet AEXEVI 19-21 rue du CDT Cousteau	33100	05 57 99 90 90
	DO	Minh-Duc	36, cours du Médoc	33000	05 56 39 25 25
	DUPUIS	Raphaël	24, rue Castillon	33000	05 54 51 70 32
	GUERN	Marianne	89, rue François-de-Sourdis	33000	05 56 93 62 13
	JARREAU-PAGES	Elisabeth	89, rue François-de-Sourdis	33000	05 56 93 07 62
	MEURGEY	Frédéric	36, cours du Médoc	33000	05 56 39 00 21
	RIGAL	Natalia	101, Rue du Jardin Public	33000	06 80 40 67 54
BORDEAUX BASTIDE	MENUDIER	Marc	43, avenue Thiers	33100	05 56 32 00 32
BOUSCAT (LE)	GOUBE	Denis	80, avenue de la Libération	33110	05 56 08 85 63
	MORINCOMME	Mathieu	106, avenue Léon Blum	33110	05 56 08 79 83
BRUGES	DUVERT	Jacques	4, rue Camille-Saint-Saens	33520	05 56 17 39 00
BUSSAC FORET	CORNAUD	Nicolas	1 rue GARCEAU	17210	05 46 04 32 11
CARBON BLANC	SADOUN	Sophie	45 rue de la lande	33560	06 49 87 62 32
CASTELJALOUX	LEVERGEOIS	Gilles	Centre Jean Monet 15 place Gambetta	47700	05 53 93 54 80
CASTELNAU DE MEDOC	PACOT	Rémi	1, route de Saint Raphael	33480	05 40 05 41 48
CUBZAC-les-PONTS	GROIZELEAU	Dominique	9, rue de la Peyrière	33240	05 57 43 60 42
EGLISOTTES (LES)	SIRAZ	Sachendra	9 bis, La Combe	33230	05 57 69 50 16
GRIGNOLS	MEYNIÉ	Philippe	10 av Emmanuel Lasserre	33690	05 56 25 51 15 05 56 78 04 44
GUJAN-MESTRAS	LAFRANQUE	Pascal	117, Cours de Verdun	33470	05 56 66 87 81
LAMONZIE-ST-MARTIN	PELISSIER	Patrick	21 avenue de Bergerac	24680	05 53 24 18 20
LANGON	CAMEDESCASSE	Pierre	118 cours Gambetta	33210	05.57.98.16.98
LIBOURNE	CHELLE	Hervé	34, avenue Clémenceau	33500	05 57 51 11 25 Std : 8h-10h
LORMONT	EICHENE-BOYE	Barbara	24 rue des Cavaillès	33310	05 35 54 38 92
	GHATTAS	Jamal	5, rue des Garosses	33310	05 56 31 52 29
MARCHEPRIME	CONAN	Pierre	14, avenue d'Aquitaine	33380	05 57 71 12 23
MERIGNAC	ISSANY	Zeid	257 avenue de la Marne	33700	09 72 59 08 51
MIOS	CARMINATI	Jean-Claude	1 rue de Canet	33380	05 57 70 60 37
PAULLAC	MAZZINI	André	4, rue de Pradina	33250	05 56 59 03 27
	SAMPOUX	Hervé	4, rue Pierre-Castéja	33250	05 56 59 01 53
PELLEGRUE	BROGNIART	Laure	7, route de Duras	33790	05 32 92 01 59 07 66 66 65 58
PINEUILH	LASTECOUCERES	Eric	11 place du Général-de-Gaulle	33220	05 57 46 05 73
SADIRAC	MODRIN	Florian	6 B, route de Lignan	33670	05 56 30 63 87
SAINTE-MEDARD-DE-GUIZIERES	GUEZOU	Bernard	50 rue de la République	33230	05 57 69 62 50
SAINTE-SAVIN	MALOSSE	Dominique	7 bis rue de la Cure	33920	05 57 58 91 70
SAINTE-SEURIN-SUR-L'ISLE	GRE	Jérôme	19 avenue de Verdun	33660	05 57 49 63 29
SAUMOS	LAFON	Thomas	7 avenue du Médoc	33680	06 02 42 64 87
SAUVE (La)	AHOUCANDJINO	Joseph	11, rue de Targon	33670	05 56 23 01 15
SAUVE-TERRE-DE-GUYENNE	LASSALLE	Germain	7, rue Sainte Catherine	33540	05 56 71 01 27
SAINT-AUBIN-DE-MEDOC	DESAVELLE	Aldric	53, route de Saint-Médard	33376	05 56 05 83 42
TALENCE	FOURNIER	EMMANUEL	253, rue Frédéric Sévène	33400	05 56 04 36 07
TRESSSES	GAUDRON	Claire	17 avenue des écoles	33370	05 57 34 17 95
VILLENAVE-D'ORNON	NOTARI	Marc-Antoine	126, bis avenue des Pyrénées	33140	05 56 87 63 26

1

ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

Nom de naissance (C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s) (Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu) (ex : nom d'époux(se))

Date de naissance : Jour Mois Année Sexe : Femme Homme Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays (Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse (Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

2

Motif de la demande d'avis médical : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la conduite

AVIS DU OU DES MÉDECINS

3 Modalités du contrôle médical :

En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : _____

3-1 Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

4 Le(s) médecin(s) _____ et _____ agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

5

APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation Groupe léger Groupe lourd

APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : oui non

APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :

dispositif de correction et/ou protection de la vision

autres

INAPTE Groupe léger Groupe lourd

Observations :

6 Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale : ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

7 DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE

Je soussigné(e), M. Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

8 Fait le : / /

Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical) [Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins



ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à compléter UNIQUEMENT si le candidat est
hébergé)

Je soussigné(e)

.....domicilié(e) à
.....
.....

atteste sur l'honneur héberger

.....

Ci-joint ma carte d'identité.

Fait leà

Signature de l'hébergeur - Signature de l'hébergé