

Préfecture de l'Isère
Cabinet du Préfet

Tél.:04 76 60 34 00

Courriel : pref-suspensions-pc@isere.gouv.fr
Références :

**DEMANDE D' AGREMENT POUR EXERCER LE CONTROLE MEDICAL
DE L'APTITUDE A LA CONDUITE**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1^{er} AGREMENT* | <input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT* |
| <input type="checkbox"/> EN COMMISSION MEDICALE* | <input type="checkbox"/> CONSULTANT HORS COMMISSION MEDICALE* |
| <input type="checkbox"/> AU SEIN DE STRUCTURES HOSPITALIERES* | <input type="checkbox"/> AU SEIN DE STRUCTURES MEDICALES SPECIALISEES* |

NOM :

Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse du lieu d'exercice :

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

N° de télécopie :

Adresse de messagerie professionnelle :

Spécialité (s) :

Nombre d'agrément déjà sollicités : Accordés :

Départements auprès desquels la demande a été déposée :

Nombre d'agrément accordés et départements concernés :

A Le
Signature

* Cocher la case correspondante

PIECES A JOINDRE A L'APPUI DE LA DEMANDE

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