

**Formulaire de déclaration en vue de réaliser l'examen psychotechnique prévu dans le cadre du  
contrôle médical de l'aptitude à la conduite**

DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

DÉCLARATION MODIFICATIVE (*Merci de renseigner les champs concernés*)

---

**1. Déclarant (personne morale ou personne physique)**

---

**Identité :**

Nom ou dénomination sociale :

N° SIREN, SIRET ou RECS :

Adresse (du siège pour les personnes morales) :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone (s) :

Adresse électronique – Site Internet :

---

**2. Le représentant de la personne morale (si le déclarant est une personne morale)**

---

**2.1. État civil**

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

**2.2. Coordonnées**

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone (s) :

Adresse électronique :

### 3. Adresse du local ou des locaux professionnels exploités dans le département\*

\*Le lieu d'exercice habituel est le cabinet du psychologue, ou une structure au sein de laquelle il exerce et reçoit habituellement, et non un lieu loué pour faire passer des tests (exclusion des hôtels ou autres)

	Adresse	Commune et code postal
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Accessibilité aux personnes à mobilité réduite

Oui

Non

Si tous les locaux ne sont pas accessibles, préciser ici le numéro des locaux (1<sup>ère</sup> colonne) bénéficiant de cette accessibilité :

.....

### 4. Présentation succincte des tests psychotechniques utilisés

<b>Éditeur</b>	
<b>Support</b>	
<b>Description</b>	
<b>Champs explorés</b>	

### 5. Nom et numéro ADELI du ou des psychologues intervenants\*

\* joindre la lettre manuscrite du ou des psychologues, datée et signée, donnant son accord ; cette lettre doit mentionner l'adresse électronique et le numéro de téléphone

Nom	Prénom	Adresse	N° ADELI

### 6. Modifications en lien avec la situation du déclarant ou de l'activité

Je soussigné(e), le déclarant et/ou son représentant, atteste sur l'honneur que les renseignements figurant sur la présente déclaration sont exacts et m'engage à signaler toute modification substantielle.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration entraînera la caducité de la présente déclaration et m'exposera aux sanctions prévues à l'article 441-6 du code pénal.

Date :

Signature

#### Cadre réservé à l'administration

Déclaration complète

Initiales de l'instructeur :

Date :

Déclaration incomplète

Initiales de l'instructeur :

Compléments demandés le :