CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE
A LA CONDUITE DES VEHICULES A MOTEUR ET A
PAR LE MEDECIN AGREE EXAMINATEUR

VOLET N°3



Préfecture / Province de Settat
n° ou du 147/2024

Partie réservée au candidat[1]

Mlle, Mme, Mr : OSSAMA ETTAHMAN
Né(e) le 14/07/2002 à Settat
CNIE WW64827 Permis de Conduire : 19/21/98447
Profession :
Demeurant[2] à :
Settat

Signature du candidat

Partie réservée au médecin

Je soussigné, Dr ..... médecin agrée pour l'examen médical d'aptitude à la conduite de véhicule à moteur dans la ville de Settat
Province/Préfecture de ..... déclare avoir examiné le candidat susnommé pour la conduite des véhicules à moteur de catégorie :

Catégorie	Cocher	Catégorie	Cocher
A1/A		C	a
B à usage privé / E (B)	a	E (C)	a
B à usage public	a	D	
		E(D)	

Au terme de cet examen, je certifie avoir vérifié l'aptitude du candidat à la conduite et conclus que l'intéressé (e) est :

APTE sans restrictions à la conduite d'un véhicule à moteur de la ou des catégories demandées suivantes : B - E(B) - C - E(C)

APTE à la conduite d'un véhicule à moteur de la ou des catégories demandées suivantes :

avec les restrictions ou conditions suivantes (limitations de la durée, appareillage ou aménagements) :

- .....
- .....
- .....

INAPTE à la conduite d'un véhicule à moteur de la ou des catégories demandées suivantes :

Fait à Settat, le 14/09/2024

Signature et cachet

Dr .....

[1] Partie à remplir par le candidat.
[2] Adresse mentionnée dans la CNIE.