

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

صورة شمسية ملونة
و مأخوذة حديثا

ولاية: _____

الدائرة الإدارية/دائرة: _____

بلدية: _____

شهادة طبية لطلب رخصة سياقة

القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 نوفمبر 1984 المحدد لقائمة الإصابات التي تتعارض و الحصول أو الإبقاء على رخصة السياقة

Nom

اللقب

Prénom

الإسم

Date et lieu de naissance

تاريخ ومكان الميلاد

Adresse

العنوان

N° Téléphone

رقم الهاتف

Adresse électronique

البريد الإلكتروني

الصنف أو الأصناف المتحصل عليها

| | | | | | | | | | |
|----|---|---|----|----|-----|---|------|---|---|
| AI | A | B | BE | CI | CIE | C | C(E) | D | F |
|----|---|---|----|----|-----|---|------|---|---|

الصنف المراد الحصول عليه

| | | | | | | | | | |
|----|---|---|----|----|-----|---|------|---|---|
| AI | A | B | BE | CI | CIE | C | C(E) | D | F |
|----|---|---|----|----|-----|---|------|---|---|

تصريح المترشح

أنا المترشح الممضي، أشهد بأنني غير مصاب بأي مرض عقلي، ولا بفقدان الوعي ولولادة قصيرة.
كل تصريح كاذب يعرض صاحبه إلى العقوبات المنصوص عليها في التشريع الساري المفعول.

مساحة تملأ من طرف طبيب

يشهد الممضي، الطبيب

بعد فحص المترشح أن:

- له القدرة على القيادة خلال المدة المحددة بموجب التنظيم الساري المفعول
- له القدرة على القيادة لمدة محددة

في هذه الحالة، يجب تحديد المدة لكل صنف

| الصنف | المدة (من ي/ش/س/س/س إلى ي/ش/س/س/س) | الصنف | المدة (من ي/ش/س/س/س إلى ي/ش/س/س/س) |
|-------|------------------------------------|-------|------------------------------------|
| | من 2 0 إلى 2 0 | | من 2 0 إلى 2 0 |
| | من 2 0 إلى 2 0 | | من 2 0 إلى 2 0 |
| | من 2 0 إلى 2 0 | | من 2 0 إلى 2 0 |
| | من 2 0 إلى 2 0 | | من 2 0 إلى 2 0 |

- ليس له القدرة على القيادة
- ملاحظات أخرى:

وعليه، فإنه:

- لا يشكل أية خطورة على الأمن العمومي وعلى الذين يقودون المركبات بمختلف أصنافها
- يشكل خطورة على الأمن العمومي وعلى الذين يقودون المركبات بمختلف أصنافها
- يجب عليه وضع نظارات تصحيحية

الرؤية:

العين اليمنى:

العين اليسرى:

ب: _____ في: _____
إمضاء وختم الطبيب