



Aptitude à conduire
Programme de vérification de l'aptitude à conduire
C.P. Box 6300
Winnipeg (Manitoba) R3C 4A4
Tel./Tél: 204-985-1900
Fax/Télé: 204-953-4992 Courriel : Driverfitness@mpi.mb.ca

RAPPORT AU REGISTRAIRE DES VÉHICULES AUTOMOBILES CONCERNANT LA MALADIE OU L'INCAPACITÉ D'UNE PERSONNE CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 18.2(1) DE LA LOI SUR LES CONDUCTEURS ET LES VÉHICULES

Renseignements sur le patient (le nom et la date de naissance sont obligatoires)

Nom :	Adresse :	Date de naissance :
-------	-----------	---------------------

Renseignements médicaux sur le patient (obligatoire)

Décrire brièvement la maladie ou l'incapacité et la façon dont elle peut nuire à la conduite sécuritaire d'un véhicule à moteur. Inclure la date d'apparition, le cas échéant. Si la maladie est liée à la vision, inclure l'acuité visuelle corrigée et non corrigée, la pathologie et les champs horizontaux.

Recommandations

- Retrait des privilèges de conduite dans l'attente d'une enquête plus approfondie
- Autres recommandations (veuillez fournir des détails ci-dessous)

Renseignements supplémentaires

Nom du médecin ou de l'optométriste

Signature du médecin ou de l'optométriste déclarant

Date

Numéro de téléphone/adresse

Une fois rempli et signé, envoyer ce formulaire au Programme de vérification de l'aptitude à conduire
Pour obtenir des renseignements sur les normes médicales pour les conducteurs, veuillez consulter la page [Renseignements à l'intention des professionnels de la santé](#) à mpi.mb.ca.