

FORMULAIRE INSCRIPTION AUTO ECOLE

Permis demandé :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département : ()

Représentant légal : Nom :

Prénom(s)

Date de naissance : / /

LE CANDIDAT DÉCLARE :	OUI	NON	LE CANDIDAT EST :	OUI	NON
• être en instance d'examen : - dans le même ou un autre département - pour la même ou une autre catégorie	☐	☐	• porteur d'un dispositif de correction de la vision (verres correcteurs, lentilles de contact...)	☐	☐
• comprendre et lire couramment le français	☐	☐	• atteint à sa connaissance d'une affection et/ou d'un handicap susceptible d'être incompatible avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de validité limitée (4)	☐	☐
• devoir conduire un véhicule aménagé	☐	☐	• titulaire d'une pension d'invalidité civile ou militaire	☐	☐
LE CANDIDAT A CHOISI :					
• de suivre une formation selon la formule : - de l'apprentissage anticipé de la conduite (A.A.C.)	☐	☐			
- de la conduite supervisée	☐	☐			

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone portable obligatoire :

Domicile :

E-mail :

Permis déjà obtenu(s) :

ou BSR ou AM :

Date d'obtention du dernier permis : / /

Ville d'obtention :

Département : ()

Code E-photo :

(Bien

distinguer le zéro du « o », du « O » majuscule.)

Votre bureau de référence pour formations voitures/code de la route :

☐ Blanquefort

☐ Parempuyre

Merci d'imprimer ce document et le joindre accompagné de l'ensemble des photocopies des pièces justificatives.