GOUVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
DÉPARTEMENT DES VÉHICULES À MOTEUR (DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES)

RAPPORT MÉDICAL / SUR LA VUE

Vous pouvez envoyer ce formulaire par la poste à : DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120, Washington, DC 20090 ou par télécopie au numéro (202) 673-9908.
Visitez notre site Web www.dmv.dc.gov ou composez le 311 ou le 202-737-4404 pour plus d'informations.

Cette partie doit être remplie par le client.

NOM DE FAMILLE	PRENOM	DEUXIEME PRENOM

ADRESSE	#APPT. / UNITE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
		WASHINGTON	DC	

DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA)	PERMIS DE CONDUIRE/CARTE D'IDENTITE/SECURITE SOCIALE	NUMERO DE TELEPHONE	ADRESSE ELECTRONIQUE

RAPPORT MÉDICAL : Cette partie doit être remplie par un médecin habilité.

Alzheimer ❑ Oui ❑ Non	* Diabétique insulinodépendant. ❑ Oui ❑ Non	Crise convulsive ou évanouissements ❑ Oui ❑ Non	Autre problèmes mentaux ou physiques ❑ Oui ❑ Non

*La partie Rapport médical doit être remplie par un médecin **et** la partie Rapport sur la vue doit être remplie par un ophtalmologue ou optométriste

Crise convulsive ou évanouissements Si oui, à quand remonte le dernier épisode ? _____ **NB :** Le requérant doit avoir douze (12) mois consécutifs sans rechute, sauf s'il s'agit d'un épisode isolé, de crise nocturnes seulement ou crises occasionnées par l'ajustement des médicaments.	Au cas où le requérant présente une condition mentale ou physique qui compromettrait sa capacité de conduire, veuillez indiquer la condition :

Veuillez indiquer toutes les restrictions médicales requises :

Indiquez quand la condition devrait être revérifiée par un médecin en cochant une (1) des cases.
Les troubles convulsifs exigent un examen médical annuel pendant cinq (5) ans consécutifs

❑ Six (6) mois	❑ Un (1) an	❑ Deux (2) ans	❑ Trois (3) ans	❑ Quatre (4) ans

Sur base de vos constatations médicales, le requérant a-t-il / la requérante a-t-elle la capacité de conduire en toute sécurité un véhicule à moteur ? Oui ❑ Non ❑

Données du médecin :

Numéro d'identification du permis d'exercice du médecin et l'État :_____ No. de téléphone : _____

Adresse du médecin :_____

Signature du médecin : _____Date :_____

RAPPORT SUR LA VUE : Cette partie doit être remplie par ophtalmologue ou optométriste habilité.

* Diabétique insulinodépendant. ❑ Oui ❑ Non	Glaucome ❑ Oui ❑ Non	Cataractes ❑ Oui ❑ Non	❑ Autre maladie oculaire: _____	N'a pas passé l'examen de la vue du DMV ❑ Oui ❑ Non

Vue sans lunettes	Vue avec lunettes	Champ de vision au niveau du méridien horizontal	Indiquez en cochant une (1) des cases ci-dessous quand la condition devrait être revérifiée.
Œil droit 20/_____ Œil gauche 20/_____ Les deux yeux 20/_____	Œil droit 20/_____ Œil gauche 20/_____ Les deux yeux 20/_____		❑ Six (6) mois ❑ Trois (3) ans ❑ Un (1) an ❑ Quatre (4) ans ❑ Deux (2) ans

Exigences minimales de vision (avec ou sans verres correcteurs): Pas moins de 20/40 dans le meilleur œil OU pas moins de 20/70 dans le meilleur œil et un champ de vision d'au moins 140 degrés.	Indiquez toute restriction de vue requise :

Sur base de vos constatations médicales, le requérant a-t-il / la requérante a-t-elle la capacité de conduire en toute sécurité un véhicule à moteur ? Oui ❑ Non ❑

Données de l'ophtalmologue ou optométriste :

Numéro d'identification du permis d'exercice du médecin et l'État :_____ No. de téléphone :_____

Adresse du médecin :_____

Signature du médecin : _____Date :_____

Un faux énoncé sur ce formulaire constitue une violation des lois de DC sujette à une amende jusqu'à 1000 USD ou à une peine privative de liberté de 180 jours ou aux deux peines cumulées (D.C. Official Code § 22-2405).

Pour faire état de gaspillage, escroquerie ou abus par tout organe ou fonctionnaire du gouvernement de DC, appelez le bureau de l'Inspecteur général de DC [DC Inspector General] au 1-800-521-1639.