

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

(POUR CONSTITUER UN DOSSIER PERMIS C1.CE1.C.CE.D.DE)

△ La formation ne débutera que lorsque le dossier d'inscription sera validé par ANTS.GOUV.

- **EPhotos photo d'identité numérique, important :**
1 plaquette pour l'inscription avec un numéro
- **Mandat dûment rempli et signé et obligatoirement retourné.**
- 1 Photocopie du **permis recto verso bords apparents** : permis signé, à jour des visites médicales
- 1 Photocopies de la **carte d'identité recto verso bords apparents** : si faite mineur, elle ne doit pas dépasser la date de validité, si fait majeur, la date de validité ne doit pas dépasser 5 ans.
- **Justificatif de domicile** : moins de 6 mois, uniquement eau, gaz, électricité, téléphone, avis d'imposition 2020.
- **Visite médicale** : **(sauf permis BE et B96)** veillez à respecter la liste des médecins agréés.
- 2 enveloppes timbrées
- Copie de la JAPD pour les 17-25 ans.
- Attestation d'hébergement : pour ceux qui sont hébergés par un tiers, cette attestation doit être remplie par celui qui fournit le justificatif de domicile, et accompagnée de sa carte d'identité à jour.

CFR LOZERE
8 rue des Clapiers
48000 MENDE
06.70.86.22.20
Centredeformationroutieredelozere@orange.fr

MANDAT

Je soussigné(e) (*nom, prénom, date de naissance et domicile*)

Donne, par la présente, tous les pouvoirs à

Mr BALDIT Gilles, Gérant de la SAS CFR LOZERE dont le siège social est au 8 Rue des Clapiers 48000 MENDE

Pour la validation de ma demande d'inscription du permis de conduire sur le site internet gouvernemental « Agence Nationale des Titres Sécurisés »

En conséquence, l'autorise à prendre connaissance de tous les documents de constitution du dossier au permis de conduire.

Fait à Mende, le

Signature, précédée de la mention « bon pour accord »

Le mandant

Le mandataire

Mr BALDIT Gilles, Gérant



N° SIRET : 50901383500020
N° de déclaration d'existence : 91 48 00 235 48
N° d'agrément : E 09048290
TVA NON APPLICABLE ART293B de C.G.I.

**La visite médicale doit être effectuée dans le
 département de domiciliation du candidat.**

Création : 31 mars 2011 - Version 1
 Modification: 12 août 2014 - Version 12



PRÉFET DE LA LOZERE

Direction des libertés publiques
 et des collectivités locales
 Bureau des titres et de la circulation

Téléphone : 04.66.49.67.30
 Télécopie : 04.66.49.66.94

**VISITES MÉDICALES DU PERMIS DE CONDUIRE
 LISTE DES MÉDECINS AGRÉÉS**

1 – Médecins agréés consultant hors commission médicale – En cabinet

NOM Prénom	ADRESSE		TÉLÉPHONE
Dr BASCAL Philippe	70 avenue Monestier	FLORAC	04.66.45.00.20
Dr AOUKAR Georges	15rue Alsace-Lorraine	YSSINGEAUX	04.71.59.39.45
Dr FAYAD Ghassan	67 avenue Goeffroy Perret	REMOULINS	04.66.37.15.44
Dr FLAISSIER Christian	Parc des Glycines	LASALLE	04.66.85.20.98
Dr ASSENAT Pierre	11 rue de Lille	NIMES	04.66.84.35.11
Dr MOURGUES Michel	14 Place des Martyrs	ALES	04.66.52.32.14
Dr DAUCHEZ Olivier	10 Av. Clément Charbonnier	LE PUY EN VELAY	04.71.09.39.50

**2 – Médecins consultant hors commission médicale et en commission médicale
 primaire**

NOM Prénom	ADRESSE		TÉLÉPHONE
Dr LEROUX Marc-Francis	Maison de la santé	CHANAC	04.66.48.24.90
Dr MORVAL Emmanuelle	La Verdallerie	FOURNELS	04.66.31.00.00
Dr CAMILLERI		LE MALZIEU-VILLE	04.66.32.38.69
Dr CAYZAC Jean-Claude	13 rue des pénitents	MARVEJOLS	04.66.32.33.66
Dr PAUSET Annick	5 rue basse	MENDE	06.70.23.20.07
Dr ALBARIC Françoise	216, Route de Florac	MEYRUEIS	06.08.46.59.26
Dr ALBARIC Christian	216, Route de Florac	MEYRUEIS	06.08.58.41.54
Dr SEEWAGEN Jacques	Quartier de l'Airette	MEYRUEIS	04.66.45.62.87



Attestation d'hébergement

Je soussigné(e), (hébergeur),

Nom :

Prénom :

Né(e) le :à.....

Demeurant à l'adresse suivante :

.....
.....

(N.B. : joindre la copie d'un justificatif de domicile (*) et de la pièce d'identité)

certifie sur l'honneur héberger à mon domicile ci-dessus mentionné :

Mme, M, (hébergé(e)),

Nom :

Prénom :

Né(e) le :à.....

Date :

Signature de l'hébergeur :

Signature de l'hébergé(e) :