

Annexe A

Formulaire de déclaration en vue de réaliser l'examen psychotechnique prévu dans le cadre du contrôle médical de l'aptitude à la conduite

DÉCLARATION D'ACTIVITÉ
 DECLARATION MODIFICATIVE (Merci de renseigner les champs concernés)

1. Déclarant (personne morale ou personne physique)

Identité :

Nom ou dénomination sociale :

N° SIREN, SIRET ou RCS :

Adresse (du siège pour les personnes morales) :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone(s) :

Adresse électronique - Site Internet :

2. Le représentant de la personne morale (si le déclarant est une personne morale)

2.1. État civil

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

2.2. Coordonnées :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone(s) :

Adresse électronique :

3. Adresse du local ou des locaux professionnels exploités dans le département

| Adresse | Commune(s) et code postal |
|---------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |

4. Présentation succincte des tests psychotechniques utilisés

| | |
|-----------------|--|
| Éditeur | |
| Support | |
| Description | |
| Champs explorés | |

5. Nom et numéro ADELI du ou des psychologues intervenants

| Nom | Prénom | N° ADELI |
|-----|--------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

6. Modifications en lien avec la situation du déclarant ou l'activité

| |
|--|
| |
|--|

Je soussigné(e), le déclarant et/ou son représentant, atteste sur l'honneur que les renseignements figurant sur la présente déclaration sont exacts et m'engage à signaler toute modification substantielle.

Je suis informé que toute fausse déclaration entraînera la caducité de la présente déclaration et m'exposera aux sanctions prévues à l'article 441-6 du code pénal.

Date :

Signature :

Cadre réservé à l'administration

Déclaration complète

Initiales de l'instructeur :

Date :

Déclaration incomplète

Initiales de l'instructeur :

Compléments demandé le :