

OFFICE DES VÉHICULES

Rte de la Communance 45
 Case postale 763 t 032 420 71 20 www.jura.ch/ovj
 CH-2800 Delémont 1 f 032 420 71 21 conducteur.ovj@jura.ch

Demande d'un permis de conduire bateau pour la catégorie :

- A** bateau à moteur **B** bateau à passagers
 C bateau à marchandises **D** bateau à voile
 E bateau de construction particulière

1. Indications personnelles (s.v.p majuscules / minuscule, stylo de couleur noir)

Nom : _____
 Prénom(s) : _____
 Rue, no: _____
 No postal : _____ Localité : _____
 Lieu(x) d'origine / canton (pour les étrangers : pays d'origine) _____



Date de naissance : _____ féminin masculin

Adresse e-mail _____ Téléphone _____

↓ **Signature du requérant** ↓

Confirmation de l'identité et de l'exactitude des données personnelles
 - Citoyens suisses : par la commune de domicile lors de la 1^{ère} demande.
 - Ressortissants étrangers : autorisation de séjour valable.

Date : _____ Sceau et signature : _____



(N° de registre)	Admas
------------------	-------

2. Maladies, handicaps et consommation de substances

2.1 Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison :

- diabète ou autre maladie du métabolisme	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- maladie cardiovasculaire?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- maladie oculaire?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- maladies des organes respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- maladie des organes abdominaux?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- maladie du système nerveux ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- maladie rénale?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- somnolence diurne accrue?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- douleurs chroniques?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- blessures consécutives à un accident incomplètement guéries ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- maladies avec troubles des fonctions cérébrales?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

2.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de:

- problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- Si oui: avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- d'une maladie psychique ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- Si oui: avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- d'épilepsie ou de crises semblables?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
- d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence accrue?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

2.3 Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un véhicule automobile? Oui Non

2.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus: _____

.....

En cas de réponse positive à l'une des questions aux ch. 2.1 à 2.3, joindre à la présente demande un rapport du médecin traitant (dans le cas contraire, la personne concernée serait renvoyée d'office à un médecin reconnu de niveau 4).

3. Examen de la vue (val.24 mois) -> à compléter par un opticien agréé ou un médecin <-

3.1 Acuité visuelle: non corrigée: _____ corrigée: _____
 vision lointaine

à droite: _____ à gauche: _____ à droite: _____ à gauche: _____

3.2 Champ visuel horizontal 1er groupe >120 <120
 2e groupe >140 <140

Pertes non oui à droite à gauche
 en haut en bas

3.3 Mobilité des yeux les 6 directions ont été examinées: à droite en haut, à droite, à droite en bas, à gauche en haut, à gauche, à gauche en bas

Diplopie non oui, direction: _____

3.4 Remarques : _____

3.5 Evaluation Exigences:
 du 1er groupe du 2e groupe
 satisfaites sans correcteurs de vue satisfaites sans correcteurs de vue
 satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue
 non satisfaites non satisfaites

Date _____ Cachet et signature _____

4. Personne sous curatelle

Etes-vous sous curatelle de portée générale ? Oui Non

Nom et adresse du curateur : _____

Celui qui aura obtenu frauduleusement un permis en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (art. 97 LCR) et se verra retirer le permis (art. 16 LCR).

Date : _____ Signature : _____

Pour les personnes mineures ou sous curatelle de portée générale, signature du représentant légal (père, mère, ou curateur-trice: _____

**Documents à joindre à la demande de permis
(art. 11 OAC) :**

- 1 photographie passeport **couleur** format 35 x 45 mm
- 1 photocopie de la carte d'identité

**En cas de changement d'origine (droit de cité communal),
vous devez nous remettre :**



- Le permis de conduire original
- Une pièce d'identité valable, lisible et signée, avec la nouvelle origine ou le document de l'autorité de surveillance en matière d'état civil attestant de l'approbation de la modification du droit de cité communal

Généralités

Un permis de conduire est nécessaire pour conduire un bateau dont :

- la puissance propulsive dépasse 6kW
- la surface vélique est de plus de 15 m²

	Age minimal
Catégories non professionnelles	
A Bateaux motorisés ne faisant pas partie des catégories B, C et E	18 ans
D Bateaux à voile	14 ans
Catégories professionnelles	
B Bateaux à passagers	21 ans
C Bateaux à marchandises motorisés, pousseurs et remorqueurs	20 ans
E Bateaux ayant une construction particulière	20 ans

Exigences médicales

Un certificat médical est exigé pour les candidat-e-s aux permis de conduire des catégories B et C, ainsi que pour tous ceux – toutes celles qui sont agé-e-s de plus de 65 ans.

Examen pratique

À la suite de la réussite de l'examen théorique, une autorisation sera délivrée pour effectuer l'examen pratique dans le canton du choix de la personne.

Il est possible de compléter ci-dessous le canton dans lequel l'examen pratique sera effectué :

Je souhaite passer mon examen pratique dans le canton de _____

Date et Signature _____