

Demande de permis de conduire bateau

FO 307 10 – Page 1 sur 2
Version 11.11 - 07.02.20 - STH

<input type="checkbox"/> A bateau motorisé (dès 18 ans) <input type="checkbox"/> D bateau à voile (dès 14 ans)	Catégories → professionnelles	<input type="checkbox"/> B bateau à passagers (dès 21 ans) <input type="checkbox"/> C bateau à marchandises (dès 20 ans) <input type="checkbox"/> E bateau de construction particulière
---	----------------------------------	---

Préambule : le genre masculin englobe, pour des raisons de simplification et de lisibilité, le genre féminin. / À remplir en majuscule et au stylo noir.

Indications personnelles Madame Monsieur

Nom/s : (nom de naissance à spécifier si différent du nom de famille)

Prénom/s :

Rue et no :

NPA et localité :

Date de naissance :

Tél. privé :

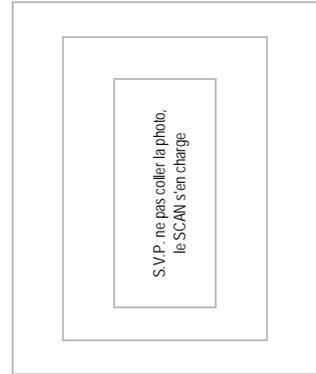
Tél. prof. :

Portable :

Nationalité : (pour ressortissant étranger USA, F, GB, D, B, etc.)

Lieu/x d'origine & canton/s : (pour ressortissant suisse)

Courriel/s :



Signature du conducteur

Signature à l'intérieur du cadre avec un stylo de couleur noir →

Questionnaire (recto et verso)

Un certificat médical du médecin traitant doit nous être remis :

- si vous êtes âgé de 65 ans ou plus
- en cas de réponse positive à l'une des questions aux ch. 2.1 à 2.2, (dans le cas contraire, vous serez renvoyé d'office à un médecin reconnu de niveau 4).

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 :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| | Non | Oui : remarques |
| - diabète (Diabetes mellitus) ou autre maladie du métabolisme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - maladie cardiovasculaire (troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque, thrombose, embolie, troubles du rythme cardiaque, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - maladie oculaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - maladies des organes respiratoires (à l'exception des maladies liées à un refroidissement) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - maladie des organes abdominaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - maladie du système nerveux (sclérose multiple, Parkinson, maladies avec apparition de paralysies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - maladie rénale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - somnolence diurne accrue ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - douleurs chroniques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - blessures consécutives à un accident incomplètement guéries (blessures crâniennes, cervicales, dorsales ou des extrémités) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - maladies avec troubles des fonctions cérébrales (troubles de la concentration, de la mémoire, des réflexes, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| | Non | Oui : remarques |
| 2.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de : | | |
| - problèmes d'alcool, d'usage de stupéfiants et/ou de médicaments ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (cure de désintoxication/traitement ambulatoire) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - Si oui : avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement pour cette raison (hospitalisation ou traitement ambulatoire) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - d'épilepsie ou de crises semblables ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - d'évanouissements/d'états de faiblesse/de maladies entraînant une somnolence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |
| - Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un bateau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| | Non | Oui : remarques |
| 4 Ouïe | | |
| - Mon audition remplit les conditions minimales : voix normale audible à 3 mètres par chaque oreille, en cas de surdité d'une oreille : 6 mètres (toutes les exigences : ONI, art. 82). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |

- 5 **Remarques et/ou compléments d'information :**
-
-
-

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| | Non | Oui : remarques |
| 6 Antécédents | | |
| - Une procédure de retrait de permis est-elle en cours contre vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ----- |

Rappel des indications personnelles :

Nom/s :	Prénom/s :	d/n :
À FAIRE REMPLIR PAR UN OPTICIEN DIPLÔMÉ OU UN OPHTALMOLOGUE PRATIQUANT EN SUISSE - Rappel des exigences médicales >>> www.scan-ne.ch/opticiens		
3 Test de la vue (validité: 24 mois)		
3.1 Acuité visuelle : Vision lointaine non corrigée :		Acuité visuelle : Vision lointaine corrigée :
à droite : _____		à droite : _____
à gauche : _____		à gauche : _____
3.2 Champ visuel horizontal : 1er groupe	<input type="checkbox"/> ≥ 120 <input type="checkbox"/> < 120	Champ visuel horizontal : 2e groupe
Pertes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ≥ 140 <input type="checkbox"/> < 140
		<input type="checkbox"/> à droite <input type="checkbox"/> à gauche
		<input type="checkbox"/> en haut <input type="checkbox"/> en bas
3.3 Mobilité des yeux :	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, direction : _____	
3.4 Remarques :	_____	
3.5 Évaluation	Exigences du 1 ^{er} groupe:	Exigences du 2 ^{ème} groupe
satisfaites sans correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>	satisfaites sans correcteurs de vue
satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue	<input type="checkbox"/>	satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue
non satisfaites	<input type="checkbox"/>	non satisfaites
À compléter, uniquement, par un opticien diplômé¹ ou un ophtalmologue² pratiquant en Suisse		
Date de l'examen ¹ ou ² :	_____	Cachet ¹ ou ² :
Nom/s et prénom/s ¹ :	_____	
Global Location Number (GLN) ² :	_____	
Signature ¹ ou ² :	_____	

7 **Curatelle et/ou mineure** Êtes-vous mineur ou sous curatelle de portée générale ? Non Oui : remarques _____
 Si oui : nom/s, prénom/s et adresse du représentant légal : _____

8 **Permis de conduire bateau antérieurs** Non Oui : remarques _____
 8.1 - Êtes-vous déjà titulaire d'un permis de conduire bateau (suisse ou étranger) ? Non Oui : remarques _____
 8.2 - Si oui : pour quelles catégories ? _____ 8.3 - Par quel canton ou État a-t-il été délivré ? _____
 8.4 Date de délivrance du permis ? _____
 8.5 En cas d'échange d'un permis de conduire étranger; dans quel État avez-vous passé l'examen ? _____
 8.6 En cas d'échange d'un permis de conduire étranger; quelle est la date exacte de votre entrée en Suisse ? _____

Support pour l'examen théorique Non Oui
 Désirez-vous obtenir la brochure, au prix de CHF 89.00, "Naviguez dans les eaux suisses" y compris code d'accès personnel à l'application WEB de la VKS ?

Documents à annexer :

- 1 copie d'une pièce d'identité suisse ou d'un permis de séjour permis de conduire bateau étranger (original)
 1 photographie format passeport (35x45mm) récente et en couleur avec vos nom et prénom au verso si vous ne possédez pas encore un permis de conduire suisse au format carte de crédit (PCC). Toutes les exigences concernant la photographie : scan-ne.ch/photo

Par votre/vos signature/s vous attestez avoir rempli ce formulaire (pages 1 et 2) conformément à la vérité.

Informations légales :

- Quiconque 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. 252 CPS) et se verra retirer le permis (art. 19 al. 1 LNI).
- *Pour les personnes mineures ou sous curatelle de portée générale signature du représentant légal également obligatoire.

Lieu et date :	*Signature/s :
----------------	----------------

Avant de nous faire parvenir votre demande assurez-vous d'avoir :

- entièrement complété les pages 1 et 2 de ce formulaire
- signé une 1^{ère} fois dans le cadre, créé à cet effet, en dessous de l'emplacement prévu pour votre photo
- signé une 2^{ème} fois dans le cadre en dessous des "informations légales" accompagné, si besoin, de la signature du représentant légal.