

Document d'aptitude à la conduite

Nom (prénoms et nom de famille)

Téléphone (avec l'indicatif régional)

Date du jour

Date de naissance

Nombre d'années de conduite

Permis de conduire

Numéro de permis de conduire	Catégorie	État ou pays de délivrance	Date d'expiration
Limites énumérées sur le permis, le cas échéant		Autorisations énumérées sur le permis, le cas échéant	

Handicap physique ou restriction à la conduite

Avez-vous des problèmes de santé physiques (tels que des crises d'épilepsie, des problèmes de vue, etc.) qui pourraient vous empêcher de conduire un véhicule motorisé en toute sécurité ?

Oui Non

Si oui, explicitez (utilisez des pages supplémentaires, si nécessaire).

Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus ou retrait de permis ou d'autorisation de conduire un véhicule motorisé ?

Oui Non

Si oui, explicitez (utilisez des pages supplémentaires, si nécessaire).

Infractions au code de la route

Énumérez tous les procès-verbaux reçus au cours des trois dernières années (sans compter les infractions aux règles de stationnement. Utilisez des pages supplémentaires, si nécessaire).

Date	Lieu	Description (par exemple : excès de vitesse, refus de priorité, demi-tour interdit, etc.)
Date	Lieu	Description (par exemple : excès de vitesse, refus de priorité, demi-tour interdit, etc.)
Date	Lieu	Description (par exemple : excès de vitesse, refus de priorité, demi-tour interdit, etc.)

Accidents de la circulation

Énumérez tous les accidents de la circulation que vous avez eus au cours des trois dernières années (utilisez des pages supplémentaires, si nécessaire).

Date (plus récent)	Lieu	Vous a-t-on déclaré responsable à plus de 50 % pour cet accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type d'accident (par exemple : collision frontale, latérale, choc arrière, etc.)		Y a-t-il eu des blessés dans l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date	Lieu	Vous a-t-on déclaré responsable à plus de 50 % pour cet accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type d'accident (par exemple : collision frontale, latérale, choc arrière, etc.)		Y a-t-il eu des blessés dans l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date	Lieu	Vous a-t-on déclaré responsable à plus de 50 % pour cet accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type d'accident (par exemple : collision frontale, latérale, choc arrière, etc.)		Y a-t-il eu des blessés dans l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Signature

En apposant ma signature, je certifie avoir rempli ce formulaire honnêtement et au mieux de mes connaissances. J'autorise également l'Église à obtenir un exemplaire à jour du relevé d'information intégral de mon permis de conduire à tout moment durant mon emploi pour vérifier mon dossier de conduite. Je comprends que les renseignements qu'il contient peuvent avoir pour résultat la perte de mes droits de conducteur. Je comprends également que toute fausse déclaration constitue un motif de renvoi immédiat.

Signature du conducteur

Date