



Section ACMF des médecins agréés par les Préfectures pour l'examen des conducteurs

## **PROGRAMME DE FORMATION INITIALE DES MÉDECINS AGRÉÉS POUR LE CONTRÔLE DE L'APTITUDE MÉDICALE À LA CONDUITE**

### **DATES DE LA FORMATION**

**Vendredi 13 janvier 2023 de 10h00 à 13h00 & de 14h30 à 17h30**

**Samedi 14 janvier 2023 de 9h00 à 12h00, en présentiel à Paris**

(La présence sur l'intégralité de la formation est requise pour la validation de la formation)

**ORGANISATEUR** : PERMICOMED, section de l'Automobile-Club Médical de France (ACMF),  
organisme de formation agréé, déclaré sous le n° 11 75 49836 75

**FORMATEUR** : Docteur Philippe LAUWICK

### **CONTENU PÉDAGOGIQUE :**

#### **Module 1**

- L'accidentologie routière : généralités, données épidémiologiques
- La place du facteur humain dans la genèse d'un accident

#### **Module 2**

- Organisation générale des visites médicales d'aptitude à la conduite en France
- Déroulement d'une visite médicale d'aptitude, recours aux examens complémentaires
- Les aménagements possibles du permis de conduire
- Le rendu d'avis, information de l'utilisateur

#### **Module 3**

- Arrêtés fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de validité limitée

#### **Module 4**

- Synthèse générale, exercice de mise en situation

**L'ensemble des documents et textes réglementaires utiles sera envoyé par mail, environ 8 jours avant la formation.**

## BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION INITIALE

**À RETOURNER AVEC LE CHÈQUE D'INSCRIPTION**  
**À ACMF-PERMICOMED – 1 BD PASTEUR - 75015 PARIS**

### DATES DE LA FORMATION

Vendredi 13 janvier 2023 de 10h00 à 13h00 & de 14h30 à 17h30

Samedi 14 janvier 2023 de 9h00 à 12h00, en présentiel à Paris

Formateur : **Dr Philippe LAUWICK**, Médecin agréé par la Préfecture du Nord, Président de l'Automobile-Club Médical de France (ACMF)

Titre :  DR  PR  Autre : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Votre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Votre e-mail : \_\_\_\_\_

**Je souhaite m'inscrire à la formation initiale des médecins agréés pour le contrôle de l'aptitude à la conduite :**

Je joins un chèque de 485€ à l'ordre de **ACMF** pour ma formation

**Date :**

**Cachet et signature :**

**PS : Une attestation de participation et un justificatif de règlement vous seront adressés par courrier une quinzaine de jours après la formation.**