PRÉFET
DE LA LOIRE-
ATLANTIQUE

Liberté
Égalité
Fraternité

Cabinet

Nantes, le

Affaire suivie par : MA
Bureau de l'ordre public et des politiques de sécurité
Unité droits à conduire
Mél : pref-rdv-commissions-medicales@loire-atlantique.gouv.fr

Fiche réponse relative à l'agrément des médecins pour le contrôle de l'aptitude à la conduite

M. Mme (nom-prénom) :
Né(e) le :
Spécialité : médecine générale
Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

N° d'inscription à l'ordre des médecins :
N° de sécurité sociale :
N° de SIRET :
Tél cabinet (seule information communiquée aux usagers) :
Adresse électronique :
Fax :
Portable :

Déjà titulaire d'un agrément dans un ou plusieurs départements : oui non
Si oui, veuillez préciser dans quel (s) département (s) :

Désire être médecin agréé au sein de la commission médicale primaire de NANTES pour cinq ans :
oui non
Si oui, merci de préciser vos disponibilités :

Lundi matin :	oui	non
Mardi matin :	oui	non
Mercredi matin :	oui	non
Jeudi matin :	oui	non
Vendredi matin :	oui	non

Désire être médecin agréé au sein de la commission médicale de ST NAZAIRE pour cinq ans :
oui non
Si oui, merci de préciser vos disponibilités :

Désire être médecin agréé en cabinet : oui non
A mon cabinet à l'adresse ci-dessus : oui non
Sinon dans un local hospitalier ou médical à préciser avec son adresse :

Fait à
Le
Signature