

DOSSIER DE CANDIDATURE

EN 1^{ère} ANNEE CAP

CONDUCTEUR AGENT D'ACCUEIL EN AUTOBUS ET EN AUTOCAR

(C4A)

LYCEE DES METIERS JOSEPH GALLIENI

POUR LA RENTREE SCOLAIRE DE SEPTEMBRE 2025

DOSSIER A TRANSMETTRE AU LYCEE POUR LE JEUDI 24 AVRIL 2025
DELAI DE RIGUEUR

Partie à remplir par la famille

NOM : Prénom :

Date de naissance : .../.../.../ Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Responsable légal - NOM : Prénom :

Téléphone domicile : Portable :

Adresse mail :

Etablissement fréquenté durant l'année scolaire 2024-2025 :

.....

Pièces à fournir obligatoirement :

- Lettre de motivation ;
- Avis de l'établissement d'origine de l'élève ;
- Bulletins du 1^{er} et du 2^{ème} trimestre de l'année scolaire 2024/2025 de 3^{ème} (si élève de collège) ou de seconde (si élève de Lycée) ;
- 1 photo identité ;
- Rapport de stage de 3^{ème} ;
- Lettre de recommandation (professeur, entreprise, tuteur) ;
- **Avis médical - permis de conduire, à faire compléter par un médecin agréé par la préfecture ;**
Liste des médecins agréés des alpes maritimes :
https://www.alpes-maritimes.gouv.fr/content/download/8897/102115/file/Liste%20MEDECINS_VILLE_19.01.17.pdf
Liste des médecins agréés du Var :
https://www.var.gouv.fr/contenu/telechargement/28224/191197/file/liste_medecins_maj_13.03_2023.pdf

1

ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

Nom de naissance
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance Jour Mois Année Sexe : Femme Homme Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.
Nom de la voie

Complément d'adresse
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

2

Motif de la demande d'avis médical : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation AutreCatégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>														

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>													

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

 Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la conduite

AVIS DU OU DES MÉDECINS

3 Modalités du contrôle médical :

 En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : _____

3-1

Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

4

Le(s) médecin(s) _____ et _____ agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

5

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation Groupe léger Groupe lourd
- APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : oui non
- APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- dispositif de correction et/ou protection de la vision
- autres
- INAPTE** Groupe léger Groupe lourd

Observations :

6

Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

 ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

7

DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE

Je soussigné(e), M. Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

8

Fait le : / / Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins