

Formulaire de déclaration en vue de réaliser l'examen psychotechnique prévu dans le cadre  
du contrôle médical de l'aptitude à la conduite

- DÉCLARATION D'ACTIVITÉ  
 DECLARATION MODIFICATIVE (*Merci de renseigner les champs concernés*)

**1. Déclarant (personne morale ou personne physique)**

**Identité :**

Nom ou dénomination sociale :

N° SIREN, SIRET ou RCS :

Adresse (du siège pour les personnes morales) :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone(s) :

Adresse électronique - Site Internet :

**2. Le représentant de la personne morale (si le déclarant est une personne morale)**

**2.1. État civil**

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

**2.2. Coordonnées :**

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone(s) :

Adresse électronique :

### 3. Adresse du local ou des locaux professionnels exploités dans le département

---

Adresse	Commune(s) et code postal

---

### 4. Présentation succincte des tests psychotechniques utilisés

---

<b>Éditeur</b>	
<b>Support</b>	
<b>Description</b>	
<b>Champs explorés</b>	

---

### 5. Nom et numéro ADELI du ou des psychologues intervenants

---

Nom	Prénom	N° ADELI

---

### 6. Modifications en lien avec la situation du déclarant ou l'activité

---

--

Je soussigné(e), le déclarant et/ou son représentant, atteste sur l'honneur que les renseignements figurant sur la présente déclaration sont exacts et m'engage à signaler toute modification substantielle.

Je suis informé que toute fausse déclaration entraînera la caducité de la présente déclaration et m'exposera aux sanctions prévues à l'article 441-6 du code pénal.

Date :

Signature :

---

**Cadre réservé à l'administration**

---

Déclaration complète

Initiales de l'instructeur :

Date :

Déclaration incomplète

Initiales de l'instructeur :

Compléments demandé le :