PREFECTURE DE L'HERAULT **REPUBLIQUE FRANCAISE**

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION ET DES LIBERTES PUBLIQUES

Bureau des Usagers de la Route

Section des Permis de Conduire
Heures d'ouverture : 8H 30 – 16H 30
Tél. : 04.67.61.61.61 Fax. : 04.67.61.84.99

DEMANDE DE DUPLICATA DE PERMIS DE CONDUIRE

DEMANDEUR MONSIEUR ☐ MADAME ☐ MADEMOISELLE ☐

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Epoux(se) – Veuf(ve) – Divorcé(e) de : .....

Né(e) le : .....

Adresse exacte : .....

(Ecrire très visiblement votre adresse, ou à défaut, joindre un document indiquant votre domicile)

.....

le permis a été égaré ☐ volé ☐ détruit ☐ en mauvais état ☐

CATEGORIE	NUMERO	DATE DE DELIVRANCE	DEPARTEMENT	NOM SOUS LEQUEL LE PERMIS A ETE OBTENU
MOTO A1	.....	.....	.....	.....
A	.....	.....	.....	.....
AUTO B1	.....	.....	.....	.....
B	.....	.....	.....	.....
POIDS LOURDS C	.....	.....	.....	.....
TRANSPORTS EN COMMUN DR	.....	.....	.....	.....
DNR	.....	.....	.....	.....
REMORQUE B	.....	.....	.....	.....
C	.....	.....	.....	.....
D	.....	.....	.....	.....
E	.....	.....	.....	.....
(I) Date et lieu du dernier contrôle médical : « C, D, E .»				

Pour les titulaires de la catégorie « D » : La justification d'avoir exercé pendant un an l'activité de conducteur affecté au transport de marchandises par véhicules dont le P.T.A.C. dépasse 3,5 tonnes et avoir effectué pendant un an au moins 5 000 Km sur des véhicules affectés au transport de voyageurs.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

LE CONDUCTEUR :	OUI	NON
Est-il sous le coup d'une suspension du permis de conduire	☐	☐
Doit-il porter des verres correcteurs ou des lentilles cornéennes	☐	☐

J'atteste sur l'honneur que les renseignements de la demande sont exacts. Je suis informée que toute fausse déclaration ou production d'attestation ou de certificat falsifié pourra entraîner des poursuites pénales, conformément aux articles L433.19 et L441.7 du code pénal.

A ....., le .....

Signature