

Ecole de Conduite CONTACT

Agrément N° E12 029 6565 0

Fiche d'inscription

original à déposer en agence

Formation demandée

Apprentissage de la conduite des véhicules relevant de la catégorie B (voiture).

Le candidat

Madame Monsieur

Nom : _____ Nom d'usage (épouse par ex.) : _____

Prénoms : _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ à _____ N° département : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. (préf. portable) : _____ Adresse mail : _____

Représentant légal le cas échéant

Madame Monsieur Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. (préf. portable) : _____ Adresse mail : _____

Si conduite accompagnée

Nom et prénom des accompagnateurs : _____

Le candidat est déjà titulaire d'une demande de permis de conduire OUI NON

Le candidat souhaite mandater l'Ecole de Conduite CONTACT pour réaliser en son nom et pour son compte les démarches auprès de l'Agence Nationale des Titres Sécurisés OUI NON

Uniquement si le candidat mandate l'établissement :

Le candidat déclare :	OUI	NON	Le candidat est :	OUI	NON
Être en instance d'examen					
• Dans le même département	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Porteur d'un dispositif de correction de la vision (verres correcteurs, lentilles...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour la même ou une autre catégorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Atteint à sa connaissance d'une affection et/ou d'un handicap susceptible d'être incompatible avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de validité limitée (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendre et lire couramment le français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Titulaire d'une pension d'invalidité civile ou militaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devoir conduire un véhicule aménagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Le candidat a choisi de suivre une formation suivant la formule :					
• De l'apprentissage anticipé de la conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• De la conduite supervisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(*) Liste des affections sur www.eccontact.fr/telechargement

Je reconnais avoir été informé(e) :

- De la protection de mes données personnelles (www.eccontact.fr/telechargement).
- Que l'établissement ne propose pas le dispositif permis 1€ par jour.
- Que l'établissement n'est pas partenaire de Pôle Emploi ni de la Mission Locale.
- Que la formation s'effectuera sur boîte manuelle.

Date :	Signature du candidat	Signature du représentant légal
--------	-----------------------	---------------------------------

NB : le contrat de formation sera établi à l'issue de l'évaluation de départ.