

## Demande de délivrance de Brevet de Sécurité Routière (DTT.SPC.02.01.15)



Numéro ID  
(à remplir par l'administration)

Numéro BSR  
(à remplir par l'administration)

Nom de naissance

(nom figurant sur votre acte de naissance)

Prénom(s)

Nom d'usage

(s'il y a lieu)

Ex. : nom marital

Date de naissance

Jour

Mois

Année

Sexe

Femme

Homme

Commune de naissance

Ile / département

Pays pour l'étranger

Adresse

Pk

,

Rue

Numéro

Coté mer

Servitude

Immeuble

Coté Montagne

Quartier

Lotis/Résid.

Complément  
d'adresse

Commune

Section de  
Commune

Boite postale

Code postal

Commune

Téléphone(s)

Domicile

Portable

Autre

Courriel  
(recommandé)

BSR option(s) (1) :

cyclomoteur

Quadricycle

Duplicata

Formation théorique(s) obtenue(s) (1) :

ASSR1

ASSR2

ASR

Dernière catégorie obtenue le

Jour

Mois

Année

à

Demande d'inscription à l'épreuve théorique ASR (1)

### Le demandeur déclare :

• Vouloir mentionner sur son titre de conduite son rhésus ou groupe sanguin (2) (3)

Oui

Non

tel qu'indiqué ci-après :

• Vouloir indiquer sur son titre de conduite qu'il est donneur d'organe (3)

Oui

Non

### Pièces à joindre

2 photographies d'identité aux normes passeport dont une collée au dossier

Justificatif d'état civil en cours de validité (carte nationale d'identité recto-verso, passeport)

Un certificat médical d'aptitude (4)

Attestation Scolaire de Sécurité routière (ASSR) de niveau 1 ou 2 (2) (5)

Attestation de Sécurité Routière (ASR) si non titulaire de l'ASSR de niveau 1 ou 2 (5)

Je déclare sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

La signature du candidat doit être apposée ci-dessus à l'encre noir et de manière appuyée sans déborder du cadre externe

Fait à

le

Représentant légal (si mineur)

Je soussigné, Nom

Prénom

Né le

Demeurant à

Code Postal

Commune

Agissant au nom du demandeur (2) déclare sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts et l'autorise à demander un Brevet de Sécurité Routière conforme aux informations déclarées dans le présent formulaire.

à

Signature du représentant  
légal

le

Coller ici  
votre photographie d'identité

Cachet de l'école de conduite ou du responsable du centre d'examen

(1) cocher la (les) case(s) appropriée(s) ; (2) pièces justificatives à joindre à la demande - autorisation parentale requise ; (3) Pour un majeur seulement ; (4) se conférer au certificat médical d'aptitude au dos ; (5) voir au dos

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion des titres de conduite délivrés par la Polynésie française. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification aux données vous concernant en vous adressant à la direction des transports terrestres.

**INSCRIPTION A L'EPREUVE THEORIQUE EN VUE DE LA DELIVRANCE DE L'ATTESTATION DE SECURITE ROUTIERE**

<b>1</b> A : _____ Du : _____	<b>2</b> A : _____ Du : _____	<b>3</b> A : _____ Du : _____
Série n° Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/> Absent : Excusé <input type="checkbox"/> Non excusé <input type="checkbox"/>	Série n° Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/> Absent : Excusé <input type="checkbox"/> Non excusé <input type="checkbox"/>	Série n° Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/> Absent : Excusé <input type="checkbox"/> Non excusé <input type="checkbox"/>
Examineur : _____	Examineur : _____	Examineur : _____
<i>Tampon et signature</i>	<i>Tampon et signature</i>	<i>Tampon et signature</i>

**ATTESTATION DE FORMATION THEORIQUE AU BREVET DE SECURITE ROUTIERE ET RELEVÉ DE NOTE**

Je, soussigné(e), .....  
 chef de l'établissement scolaire.....  
 atteste sur l'honneur que le ou la candidat(e) susnommé(e), est scolarisé(e) dans mon établissement et qu'il ou qu'elle a reçu, pendant sa scolarité, la formation théorique de premier ou de second niveau sur la sécurité routière. Il ou elle a subi le contrôle des connaissances théoriques des règles de sécurité routière prévu par l'arrêté n°591/PR du 25 septembre 2015, fixant les modalités d'obtention du brevet de sécurité routière.  
 L'intéressé(e) a obtenu la note de  /20 au contrôle des connaissances théoriques des règles de sécurité routière du niveau   
 Faites pour servir et valoir ce que de droit, à ..... le .....

*Cachet et Signature  
du chef d'établissement*

**ATTESTATION DE FORMATION PRATIQUE AU BREVET DE SECURITE ROUTIERE**

Je, soussigné(e), .....  
 - directeur ou directrice de l'établissement d'enseignement de la conduite automobile dénommée .....  
 - commandant de la brigade de gendarmerie de.....  
 atteste sur l'honneur que le ou la candidat(e) susnommé(e) a subi avec succès la formation pratique de cinq heures minimum, prévue par l'arrêté n°591/PR du 25 septembre 2015, fixant les modalités d'obtention du brevet de sécurité routière.  
 Faites pour servir et valoir ce que de droit, à ..... le .....

*Cachet et Signature  
du chef d'établissement*

**Certificat médical d'aptitude au Brevet de Sécurité Routière  
(délibération n°85-1050/AT du 24 juin 1985, modifiée)**

Après examen du candidat et ayant pris connaissance des contres indications médicales telles que prévues par la réglementation en vigueur en Polynésie française,  
 Je soussigné, ....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour  
 Madame, Monsieur, ....., né(e) le .....

Qui, compte tenu de cet examen, est déclaré(e)  apte  inapte à l'obtention du brevet de sécurité routière mention :

Cyclomoteur <input type="checkbox"/>	Quadricycle léger à moteur <input type="checkbox"/>
Aménagement(s) <input type="checkbox"/> Correction et/ou protection de la vision (01. ) <input type="checkbox"/> Prothèse(s) auditive(s) (02. ) G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prothèse(s)/orthèse(s) des membres (03) G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Boite de vitesse adaptée (10. ) <input type="checkbox"/> Autre(s) : .....	<input type="checkbox"/> Embrayage adapté (15. ) <input type="checkbox"/> Direction adaptée (40. ) <input type="checkbox"/> Rétroviseurs modifié(s) (42. ) <input type="checkbox"/> Siège du conducteur modifié (43. )

à \_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_\_

*Cachet et signature*

**Le médecin examinateur**