

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de permis de conduire

Nom	Date de naissance (Année-Mois-Jour)	
<input type="text"/>		
Prénom	Téléphone (résidence)	
<input type="text"/>		
Adresse (numéro, rue, appartement)	Téléphone (travail)	Poste
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville, village ou municipalité	Code postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Tous les frais associés au remplissage de ce formulaire **doivent être payés par la personne visée par l'examen** et ne sont pas remboursables par la Société.

Retournez le formulaire au :

Service de l'évaluation médicale
et du suivi du comportement
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J5

VEUILLEZ PORTER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AU MESSAGE CI-DESSOUS.**À LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE ÉVALUATION**

Lisez et signez le texte d'autorisation ci-dessous et prenez connaissance du texte sur la communication de renseignements personnels au bas de la page 2.

J'autorise par la présente la Société de l'assurance automobile du Québec à échanger au besoin des renseignements médicaux me concernant avec le professionnel de la santé qui aura signé ce formulaire. Je comprends qu'un résumé de toute communication sera versé à mon dossier.

Toute reproduction informatique de cette autorisation a la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.

Signature de la personne visée par l'examen

Date (Année-Mois-Jour)

1 TEST SUR ROUTE

Date du test sur route : (Année-Mois-Jour) Heure : Durée :

Description du véhicule utilisé : ☐ Automobile ☐ Autre, précisez :

Équipement : ☐ Transmission automatique ☐ Servodirection ☐ Commutateur de croisement manuel
☐ Transmission manuelle ☐ Harnais de sécurité ☐ Accélérateur à gauche
☐ Servofrein ☐ Commandes manuelles ☐ Autres commandes adaptées au handicap (annexez la liste des adaptations)

La personne évaluée a-t-elle bénéficié de séances d'apprentissage? ☐ Oui ☐ Non Si oui, combien?

La Société requiert que le test sur route comporte une variété et une gradation de la complexité des situations de conduite comprenant au moins : une variation de la limite de vitesse, un trajet dans un milieu familial et non familial, des virages à gauche non protégés, ainsi qu'une circulation sur route rurale et urbaine.

Précisez le trajet (ex. : urbain, autoroute, boulevard, etc.) et décrivez le déroulement du test :



1 TEST SUR ROUTE (SUITE)

(Utilisez une autre feuille au besoin.)

2 RÉSULTATS ET COMMENTAIRES

Résultat du test sur route : ☐ Réussite ☐ Échec

En cas d'échec, cette personne présente-t-elle un potentiel de développement ou de réhabilitation? ☐ Oui ☐ Non

Cochez si requis : ☐ Conduire un véhicule accompagné d'un moniteur ou d'un ergothérapeute

Si le test est réussi, le permis de conduire doit-il être assorti de conditions? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, cochez la ou les conditions :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transmission automatique | <input type="checkbox"/> Harnais de sécurité pour conduire | <input type="checkbox"/> Accélérateur à gauche |
| <input type="checkbox"/> Servodirection | <input type="checkbox"/> Commandes manuelles | <input type="checkbox"/> Commandes adaptées au handicap (annexez la liste des adaptations) |
| <input type="checkbox"/> Servofrein | <input type="checkbox"/> Commutateur de croisement manuel | |

Commentaires :

3 RENSEIGNEMENTS SUR L'ERGOTHÉRAPEUTE

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)		Numéro du permis d'exercice
Adresse du centre (numéro, rue, appartement)		Date de l'examen en salle (A-M-J)
Ville, village ou municipalité	Code postal	Date de l'examen sur route (A-M-J)
Téléphone (travail)	Poste	Signature
		Date du rapport (A-M-J)

Vous pouvez joindre à ce formulaire tout document que vous jugez pertinent.

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger. Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.