

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  
 DÉCLARATION 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>Editeur</b>	
<b>Support</b>	
<b>Description</b>	
<b>Champs explorés</b>	

**5- Nom et numéro ADELI du ou des psychologues intervenants**

NOM	Prénom	Adresse	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(e) 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 :

