



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DU FINISTÈRE

COLLER ICI

VOTRE PHOTO

**Formulaire de demande d’
AUTORISATION TEMPORAIRE et RESTRICTIVE D’EXERCER
pour les enseignants de la conduite automobile**

IDENTITE DE L’ENSEIGNANT (tous les champs sont obligatoires)

Nom de naissance :

Prénoms :

Nom d’usage (le cas échéant) :

Date de naissance : Pays :

Ville de naissance :Département :(n°.....)

Nationalité :

Adresse personnelle :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Courriel :@.....

Filiation (pour les personnes nées hors France)

Nom du père :

Prénoms du père :

Nom de naissance de la mère :

Prénoms de la mère :

Identité de l’établissement chez lequel vous travaillez

Nom de l’établissement :

Numéro d’agrément de l’établissement :

SIREN/SIRET de l’établissement :

Date de la signature du contrat de travail :

Date d’inscription au titre professionnel ou à une session d’examen du second certificat de compétences

Professionnelles :

PERMIS DE CONDUIRE

<u>CATEGORIE</u>	<u>DATE D'OBTENTION</u>	<u>FIN DE VALIDITE</u>
A/A1/A2		
B/B1		
BE		
C/C1		
CE/CE1		
D/DE/D1/D1E		

CERTIFICATS

<u>LISTE DES DIPLOMES</u>	<u>CATEGORIE</u>	<u>DATE D'OBTENTION</u>
CCP1		
CCP2		

Date de la dernière vivsite médicale :valable jusqu'au :

Je suis informé(e) :

- que le préfet complète le dossier d'autorisation d'enseigner par un extrait du casier judiciaire n°2 du demandeur, afin de vérifier que ce dernier n'a fait l'objet d'aucune condamnation mentionnée aux articles L.212-2 et R.212-4 du code de la route.
- qu'une fois mon autorisation temporaire restrictive d'exercer délivrée, celle-ci peut être suspendue ou retirée si je ne remplis plus les conditions nécessaires à sa délivrance.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et m'engage à signaler immédiatement tout changement concernant ma situation.

Fait à, le

Signature du demandeur :