



# PRÉFET DU GERS

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Préfecture du Gers  
Direction du Cabinet  
Service des sécurités

Unité sécurité et réglementation routières

## ANNEXE 2

### 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

#### 1. Déclarant (personne morale ou personne physique)

Nom ou dénomination sociale : .....

N° SIREN, SIRET ou RCS : .....

Adresse (du siège pour les personnes morales) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone(s) Fixe : ..... Portable : .....

Adresse électronique : .....@ .....

Site Internet : .....

#### 2. Représentant de la personne morale (si le déclarant est une personne morale)

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone(s) Fixe : ..... Portable : .....

Adresse électronique : .....@ .....

#### 3. Adresse du local ou des locaux professionnels exploités dans le département

Adresse	Commune(s) et code postal

--	--

Accessibilité aux personnes à mobilité réduite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

#### 4. Présentation succincte des tests psychotechniques utilisés

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

#### 5. Nom, prénom, adresse et numéro ADELI du ou des psychologues intervenants.

**NB** : joindre la lettre manuscrite du ou des psychologue(s), datée et signée, donnant son accord. Cette lettre doit mentionner l'adresse électronique et le numéro de téléphone.

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.

Fait à ....., le ..... Signature :

### Cadre réservé à l'administration

± Déclaration complète

Initiale de l'instructeur :  
Date :

± Déclaration incomplète

Initiale de l'instructeur :  
Compléments demandé le :