

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Veillez lire attentivement ce qui suit avant de vous inscrire à un cours de conduite.

Si vous cochez « **oui** » à l'un des points suivants, nous vous conseillons de communiquer avec la Société de l'assurance automobile du Québec avant de vous inscrire à votre cours de conduite, car vous pourriez devoir vous soumettre à un examen médical ou visuel avant d'être admissible à l'obtention d'un permis de conduire.

Vous pouvez nous joindre du lundi au vendredi :

- Région de Québec : 418 643-5506
- Sans frais : 1 800 561-2858 (Québec, Canada, États-Unis)

Je porte des lunettes ou des lentilles cornéennes pour conduire.

Oui Non

J'ai une maladie des yeux (cataracte, glaucome, rétinopathie, dégénérescence maculaire, vision double, perte ou vision nulle d'un oeil, etc.).

Oui Non

Pour obtenir votre permis d'apprenti conducteur, vous aurez à réussir un test visuel en centre de services.

Je souffre de surdité partielle ou complète avec ou sans appareil auditif.

Oui Non

Je souffre de vertiges importants.

Oui Non

J'ai une condition cardiaque (infarctus, angine, palpitations, défibrillateur, transplantation, etc.) qui limite mes activités, comme la marche.

Oui Non

J'ai une somnolence importante associée à un trouble du sommeil (apnée du sommeil, narcolepsie, etc.).

Oui Non

Mes mouvements sont limités de façon importante depuis plusieurs mois au niveau du cou, des mains ou des pieds (amputation, immobilisation permanente, polyarthrite, etc.).

Oui Non

J'ai un problème psychiatrique ou de comportement important (schizophrénie, maladie bipolaire, dépression majeure récurrente etc.).

Oui Non

J'ai un trouble lié à la consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances.

Oui Non

J'ai des troubles cognitifs (démence, maladie d'Alzheimer, ralentissement psychomoteur, déficience intellectuelle, etc.).

Oui Non

J'ai déjà fait des crises d'épilepsie.

Oui Non

J'ai une condition neurologique (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, paralysie, parkinson, sclérose en plaques, trouble du spectre de l'autisme, etc.).

Oui Non

J'ai subi des pertes de conscience, des syncopes ou des convulsions non épileptiques dans les 12 derniers mois.

Oui Non

Je fais du diabète traité à l'insuline.

Oui Non

J'ai une maladie des poumons (emphysème, bronchite chronique, utilisation d'oxygène, etc.) qui limite mes activités, comme la marche.

Oui Non

J'ai besoin d'aide à domicile pour vaquer à mes activités de tous les jours (alimentation, hygiène, habillement, déplacement, etc.).

Oui Non

Je prends un médicament qui m'endort le jour (pilules pour dormir, pour l'anxiété, pour la douleur, etc.).

Oui Non