

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

| | | |
|---|-------------|-----------------------------|
| Compagnie ou organisme demandeur (en lettres moulées) | | |
| Nom et prénom de la personne autorisée (en lettres moulées) | | |
| Adresse (Numéro, rue, app.) | | |
| Municipalité / Province | Code postal | N° téléphone (ind. rég.) |

AUTORISATION DU TITULAIRE DU PERMIS DE CONDUIRE

| <table border="1"> <tr> <th colspan="3">Numéro du permis de conduire</th> </tr> <tr> <td colspan="3"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table> | | | Numéro du permis de conduire | | | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|--|------------------------------|--|---|--|------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Numéro du permis de conduire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Remplir les 13 positions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="13">Nom et prénom du titulaire</th> </tr> <tr> <td colspan="13"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table> | | | Nom et prénom du titulaire | | | | | | | | | | | | | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | |
| Nom et prénom du titulaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="3">Date de naissance</th> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> </table> | | | Date de naissance | | | Année | Mois | Jour | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Année | Mois | Jour | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Téléphone (résidence)</th> </tr> <tr> <td>Ind. rég.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></td> </tr> </table> | Téléphone (résidence) | | Ind. rég. | | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Téléphone (travail)</th> </tr> <tr> <td>Ind. rég.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></td> </tr> </table> | Téléphone (travail) | | Ind. rég. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone (résidence) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ind. rég. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone (travail) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ind. rég. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Je, soussigné(e), autorise la Société de l'assurance automobile du Québec à communiquer au demandeur mentionné ci-dessus l'état de mon dossier de conduite, incluant notamment les suspensions, les révocations, les points d'inaptitude, les infractions ainsi que les accidents dans lesquels j'ai été impliqué relativement à la conduite d'un véhicule lourd, lorsqu'il y a lieu. Cette autorisation est valide pour douze (12) mois à compter de la date de la signature.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Signature du titulaire | | <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Date (A-M-J) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N.B. : Joindre au formulaire *Recherches sur les dossiers de conduite* (4941 50), si plus d'une autorisation.