

Diplômes obtenus :	Date(s) obtention :
BEPECASER	
CAPP	
CAPEC	
TITRE PRO	
AUTRES :	

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler immédiatement tout changement de ma situation (adresse, numéro de téléphone, courriel...)

Je m'engage sous peine de voir procéder au retrait de mon autorisation d'enseigner, à respecter l'obligation :

- de me soumettre de ma propre initiative à un examen médical avant la fin de validité de la visite médicale mentionnée son mon autorisation d'enseigner.**
- De solliciter de ma propre initiative le renouvellement de mon autorisation d'enseigner 2 mois avant la date d'expiration de sa validité**

Je suis informé(e) :

- Que le préfet complète la demande 'autorisation d'enseigner avec l'extrait de mon casier judiciaire n°2 afin de vérifier que je n'ai fait l'objet d'aucune des condamnations mentionnées aux art L.212-2 et R.212-4 du code de la route.
- Que mon autorisation d'enseigner peut être suspendue ou retirée si je ne remplis plus les conditions préalables à sa délivrance (suspension / annulation du permis de conduire, condamnation).

Fait à, le

Signature :