**AUTORISATION DE CONDUITE**

**Je soussigné** (1)

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

certifie que

M. (2) ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..

* A été reconnu apte médicalement à la conduite d’engins par le Docteur …..……………………………………………………., médecin de prévention
* A été contrôlé sur ses connaissances et savoir-faire pour la conduite en sécurité par (3) ……………………………………………………..
* A connaissance des lieux et des instructions à respecter sur le ou les sites d’utilisation

En foi de quoi, j’autorise …………………………………………………………. à conduire les véhicules ou engins suivants dans le cadre de son activité professionnelle :

*(Liste des véhicules et engins)*

Délivré le : ……………………………

 L’autorité territoriale

1. Nom et prénom de l’autorité territoriale ou de son représentant
2. Nom, prénom et fonction du conducteur
3. Organisme de formation testeur ou personne compétente de la collectivité