Gouvernement du District de Columbia

Département des Véhicules à Moteur
(Department of Motor Vehicles)

# DEMANDE DE PERMIS DE CONDUIRE OU DE CARTE D'IDENTITÉ DE DC

**Veuillez remplir toutes les sections pertinentes de ce formulaire**

A. Vous serez enregistré(e) avec le Service sélectif si vous êtes âgé de 18 à 26 ans. (Pour vous en désengagez, remplissez un formulaire à part.)

**B.** J'aimerais être un donneur d'organes et de tissus: ☐ **OUI** Voulez-vous vous enregistrer pour voter, actualiser votre parti ou changer votre nom? ☐ **Oui** ☐ **Non**

(Si oui, replissez la Page 2) Si vous mettez à jour votre adresse, mais ne voulez pas qu'elle soit actualisée auprès du Conseil des élections, cochez ici. ☐

## DONNÉES DU REQUÉRANT :

| Nom de famille | Prénom | Deuxième prénom | Suffix |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Adresse | Appt. / Unité | Ville et état | Code postal |
|---|---|---|---|
| | | Washington, DC | |

| Date de naissance | Numéro de sécurité sociale | Citoyen(ne) américain(e) | Sexe |
|---|---|---|---|
| ____/____/____ MM JJ AAAA | _____/_____/_____ | ☐ Oui ☐ Non | □ masculin □ féminin |

| Poids | Taille | | Couleur des yeux | Couleur de cheveux |
|---|---|---|---|---|
| Livres. | Pieds. | Pouces. | | |

| No. de téléphone | Adresse électronique | Avez-vous besoin d'assistance dans une autre langue? Laquelle ? |
|---|---|---|
| ( ) | | |

## TYPE de TRANSACTION : (cochez tout qui s'applique)

Je demande un/une: ☐ Conversion d'un permis d'état à un Permis de DC ☐ Permis de conduire ☐ Permis de conduire provisoire
☐ Permis d'apprenti conducteur ☐ Permis moto ☐ Carte d'identité ☐ But restreint

J'ai déjà un permis de conduire ou Carte d'identité de DC et je demande un(e): ☐ Renouvellement ☐ Double ☐ Correction

S'il s'agit d'un double ou d'une correction, veuillez cocher ce qui s'applique: ☐ Changement de nom ☐ Changement d'adresse ☐ Perte ☐ Vol
☐ Endommagement ☐ Autre _____

## ANTÉCÉDENTS DE CONDUITE:

A. Avez-vous déjà eu un permis de conduire? ☐ Oui ☐ Non Si oui, dans quel(le) juridiction/état ou pays? _____

B. Votre permis a-t-il jamais été suspendu ou révoqué? ☐ Oui ☐ Non

C. Votre demande de permis de conduire a-t-elle jamais été refusée? ☐ Oui ☐ Non Si vous répondez oui à la question B ou C, fournissez la date et la raison pour la suspension, révocation or refus,_____

D. Énumérez d'autres noms que vous auriez utilisés sur un Permis de conduire:

1_____ 2_____ 3_____

## CERTIFICAT D'APTITUDE MÉDICALE: (cochez tout qui s'applique)

**Sautez cette section si vous demandez une carte d'identité**

Dans les 5 dernières années, avez-vous été traité pour une des raisons suivantes?

1. Maladie d'Alzheimer ☐ Oui ☐ Non 2. Diabétique insulinodépendant ☐ Oui ☐ Non 3. Glaucome, Cataractes ou Maladie oculaire ☐ Oui ☐ Non
4. Crises d'épilepsie ou perte de conscience ☐ Oui ☐ Non (si oui, date de la dernière crise)?_____(N.B.: absence de crise depuis 12 mois consécutifs)
5. Avez-vous eu d'autres conditions mentales ou physiques qui nuiraient à votre capacité de conduire ? ☐ Oui ☐ Non
6. Avez-vous besoin de lentilles ou des verres correctifs pour le test d'acuité visuelle? ☐ Oui ☐ Non
7. Avez-vous besoin de porter une aide auditive pendant conduite? ☐ Oui ☐ Non

## CERTIFICATION du REQUÉRANT:

Toute personne qui se sert d'un nom ou d'une adresse fictive et qui, en toute connaissance de cause, fait une fausse déclaration sur la présente demande, commet une violation des lois de DC et est sujette à une amende d'un maximum de USD 1000 ou à une peine de 180 jours en prison ou aux deux peines cumulées. (D.C. Official Code §22-2405).

J'affirme par la présente que l'information qui figure sur cette demande est exacte.

***Signature du requérant:*** _____ ***Date:*** _____

## CERTIFICATION de CONDUCTEUR MATURE: (Certification de médecin requise ci-dessous pour tout requérant âgé de 70 ans ou plus)

| Nom du médecin (veuillez l'écrire en majuscules) | No. d'identité du médecin | No. de téléphone au bureau avec indicatif régional |
|---|---|---|
| | | |

| Adresse du médecin (Ville/État/Code postal) | Adresse électronique |
|---|---|
| | |

**Sur base de vos constatations médicales, le requérant a-t-il / la requérante a-t-elle la capacité de conduire en toute sécurité un véhicule à moteur ?**
**☐ Oui ☐ Non**

***Signature du médecin:*** ***Date:***

| Preuve d'identité | Numéro de licence d'État | | | Preuve de numéro de sécurité sociale | Preuve de résidence |
|---|---|---|---|---|---|
| Réservé à usage officiel | Réservé à usage officiel | | | Réservé à usage officiel | Réservé à usage officiel |
| Réservé à usage officiel | **État** | **Date d'émission** | **Date d'exp.** | **Restriction visuelle requise** | **Signature et Date de l'Examinateur** |
| Réservé à usage officiel | | Réservé à usage officiel | Réservé à usage officiel | Réservé à usage officiel | Réservé à usage officiel |

GOUVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
COMMISSION ÉLECTORALE

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION D'ÉLECTEUR DE DC et INSTRUCTIONS

**Veuillez remplir toute section pertinente de ce formulaire**

Pour vous enregistrer pour voter ou actualiser votre nom ou parti, remplissez et signez ce formulaire. Votre décision de vous enregistrer ou non pour voter et le lieu vous aurez déposé ce formulaire resteront confidentiels. C. Voulez-vous vous enregistrer pour voter, actualiser votre parti, ou changer votre nom? ☐ **Oui** ☐ **Non** (Si oui, remplissez la Page 2) Si vous actualisez votre adresse, mais ne voulez pas l'actualiser auprès de la commission électorale, cochez ici. ☐

## DONNÉES du REQUÉRANT:

| Nom de famille | Prénom | Deuxième prénom | Suffixe |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Adresse | Appt. / unité | Ville et état | Code postal |
|---|---|---|---|
| | | Washington, DC | |

| Date de naissance | No. de sécurité sociale | Citoyen américain | Sexe |
|---|---|---|---|
| ____/____/____ MM JJ AAAA | /_____ | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Masc. ☐ Fém. |

| No. de téléphone | Adresse électronique | Avez-vous besoin d'assistance dans une autre langue? Laquelle ? |
|---|---|---|
| | | |

Votre adresse postale (si différente d'ici dessus) Code postal

**Enregistrement de parti**: Pour voter aux élections primaires au District de Columbia, votre devez être enregistré(e) avec un des quatre (4) partis suivants **(Cochez UNE case ci-dessous):**

☐ Démocratique ☐ D.C. Statehood - Les Verts ☐ Républicain ☐ Libertaire

Si votre enregistrement indique « Pas de parti (Indépendant) » ou un autre parti qui n'est pas indiqué ci-dessus, vous ne pouvez pas voter aux élections primaires.

☐ Pas de parti (Indépendant) ☐ Autre (indiquez le nom du parti ici)

Si vous avez un handicap et avez besoin d'aide pour voter, veuillez indiquer le type d'handicap (facultatif).

Nom et adresse sur le dernier enregistrement de vote (inclure compté/ville/et état si en dehors de D.C.)

## Déclaration de vote – Lire et Signer

Sous peine de parjure, je jure et j'affirme que je suis citoyen américain; je vis dans le District de Columbia à l'adresse indiquée ci-dessus; je ne revendique pas ma résidence de vote en dehors du District of Columbia; je suis âgé d'au moins 16 ans; je ne suis pas en prison pour acte délictueux grave; et aucune cour ne m'a déclaré(e) légalement incapable de voter.

**AVERTISSEMENT:** Si vous signez cette déclaration tout en sachant qu'elle est fausse, vous êtes sujet(te) à une condamnation et une amende jusqu'à to $10.000 et/ou une peine de prison jusqu'à 5 ans.

**Signer ici :** _____ Date :_____

| Fonctionnaire | Date d'enregistrement | No. d'enregistrement |
|---|---|---|
| | | |

Toute information relative à l'enregistrement pour voter est publique sauf les numéros de sécurité sociale complets ou partiels, les dates de naissance, les adresses électroniques et les numéros de téléphone. Pour que votre adresse de résidence ou postale reste confidentielle, vous devez soumettre au Responsable des électeurs de la Commission électorale une ordonnance de la cour ordonnant que telle information doit rester confidentielle.

Votre enregistrement pour voter n'est effectif que lorsque vous aurez reçu votre carte d'enregistrement de vote par la poste.
Au cas où vous ne recevez pas votre carte d'enregistrement pour voter dans les trois semaines après avoir complété ce formulaire, veuillez appeler la Commission électorale au 202-727-2525.
Vous pouvez également visiter le site web www.dcboee.org. Pour les personnes malentendantes avec un ATS, veuillez appeler le 202-639-8916.
Información en Español: Si le interesa obtener este formulario en Español, llame 202-727-2525.