

## **Formulaire d'attestation médicale - Demande de renouvellement**

**Les demandeurs de Permis de conduire TLC (Medallion, Street Hail Livery et Véhicules à louer (« For Hire Vehicle »)) doivent faire remplir ce formulaire par un Médecin qualifié suivant un examen médical. Aucun autre formulaire ne sera accepté.**

**Le moment où vous devriez vous faire examiner :** La date de votre examen médical ne peut dépasser les 90 jours précédant la date à laquelle vous déposez votre Demande de renouvellement.

**Comment soumettre ce formulaire :** Vous devez soumettre ce formulaire complété à la TLC en joignant le formulaire à la demande TLC en ligne. Si vous avez déjà soumis votre demande en ligne, vous pouvez transmettre ce formulaire par email à l'adresse : [renewdrivermr@tlc.nyc.gov](mailto:renewdrivermr@tlc.nyc.gov) ou par la poste à l'adresse : **NYC TLC Licensing and Standards Division, Attention: Driver Renewals 31-00 47th Avenue, 3rd Floor Long Island City, NY 11101**

**La date à laquelle vous devez soumettre ce formulaire :** Si vous ne soumettez pas ce formulaire à la TLC avant que votre permis n'expire, votre demande de renouvellement de permis sera rejetée.

**En cas de questions, veuillez visiter notre site Web au : [www.nyc.gov/tlc](http://www.nyc.gov/tlc).**

---

### FOR LICENSED PHYSICIAN'S USE ONLY:

I certify that I have examined \_\_\_\_\_,  
(name of applicant)  
the applicant for a NYC Taxi & Limousine Commission Driver's License Renewal bearing  
license number \_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_.  
(TLC License #) (date of exam)

Based on this examination, it is my opinion that s/he:

- is medically fit to safely operate a TLC licensed vehicle.
- is not medically fit to safely operate a TLC licensed vehicle.

Medically fit means that the applicant is of sound physical condition with good eyesight and no epilepsy, vertigo, heart trouble or any other infirmity of body or mind to the extent that it would render the applicant unfit for the safe operation of a licensed vehicle at all times of the day.

\_\_\_\_\_  
Physician's Last Name, First Name

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Number & Street (Mailing Address)

\_\_\_\_\_  
Physician's License #

\_\_\_\_\_  
City State Zip Code

\_\_\_\_\_  
State in which Physician is licensed

\_\_\_\_\_  
Phone Number



**THIS FORM MUST BE VALIDATED WITH AN OFFICIAL STAMP BY PHYSICIAN.**