

[Votre Prénom] [Votre Nom] [Votre Adresse complète]

[Votre Numéro de téléphone]

[Votre Numéro de dossier / Numéro de permis]

À l'attention du Président de la Commission Médicale de Recours Amiable (CMRA)
Préfecture de [Votre Département] [Adresse de la Préfecture]

Fait à [Votre Ville], le [Date du jour]

Objet : Recours contre l'arrêté préfectoral d'inaptitude n°[Numéro de l'arrêté]

Madame, Monsieur le Président,

Par la présente, je conteste formellement l'arrêté préfectoral daté du **[Date de l'arrêté]**, notifié le **[Date de réception]**, par lequel Monsieur le Préfet a prononcé mon inaptitude médicale à la conduite (ou le non-renouvellement de mon permis de conduire).

Je considère que cette décision ne reflète pas ma capacité réelle à maîtriser un véhicule en toute sécurité. Pour étayer ma demande, vous trouverez ci-joint les pièces complémentaires suivantes :

- **Rapports de médecins spécialistes** : [Précisez : ex. compte-rendu du neurologue, bilan ophtalmologique, etc.] attestant de la stabilité de mon état de santé.
- **Évaluation fonctionnelle** : Un bilan réalisé en centre de réadaptation prouvant mes aptitudes pratiques.
- **Adaptations techniques** : [Si applicable] Le descriptif des aménagements de mon véhicule compensant ma pathologie.

En conséquence, je sollicite un nouvel examen de mon dossier par votre commission afin que mon aptitude à la conduite soit reconnue, le cas échéant avec les mentions restrictives adaptées à ma situation.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature