



**PRÉFET
DES HAUTES-
PYRÉNÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT POUR
UN ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT A TITRE ONEREUX
DE LA CONDUITE DES VEHICULES A MOTEUR
ET DE LA SECURITE ROUTIERE**

(arrêté du 8 janvier 2001 relatif à l'exploitation des établissements d'enseignement, à titre onéreux, de la conduite des véhicules à moteur et de la sécurité routière)

1ère demande

Renouvellement

IDENTITE DE L'EXPLOITANT OU REPRESENTANT LEGAL	
NOM :	
Prénoms :	
Date de naissance :	Né(e) le : Age :
Lieu de naissance :	à
Nationalité :	
Adresse postale :	
N°de téléphone :	
Adresse électronique :	
Diplôme permettant de gérer une école de conduite [Art R.213-2 du code de la route]	
Nature du diplôme :	
Date d'obtention :	
Date de la formation pour la réactualisation des connaissances :	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ETABLISSEMENT	
Nom ou raison sociale:	
Statut juridique :	
N°de SIREN ou de SIRET :	
Adresse du local d'activité :	

Tél : 05 62 56 65 65

Courriel : prefecture@hautes-pyrenees.gouv.fr

Place Charles de Gaulle – CS 61350 – 65013 TARBES Cedex 9

N° de téléphone :	
Adresse électronique :	
Superficie du local (m2):	Salle de formation : m ² Salle d'accueil : m ²
Capacité d'accueil (nombre d'élèves exclusivement) :	

CATÉGORIES ENSEIGNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT (COCHER LES CATÉGORIES ENSEIGNÉES):			
	AM Cyclo	<input type="checkbox"/>	C1
	A1	<input type="checkbox"/>	C1E
	A2	<input type="checkbox"/>	C
	A	<input type="checkbox"/>	CE
		<input type="checkbox"/>	D1
	B/B1/AM Quadri léger	<input type="checkbox"/>	D1E
	B96	<input type="checkbox"/>	D
	BE	<input type="checkbox"/>	DE

MOYENS ET PERSONNELS (Y COMPRIS L'EXPLOITANT) DE L'ETABLISSEMENT		
	Nombre d'enseignants attachés à l'établissement	Nombre de véhicules attachés à l'établissement (préciser catégorie véhicule et marque)
Formation AM Cyclo		
Formation A1		
Formation A2		
Formation A		
Formation B/ B1/AM Quadri léger		
Formation B96		
Formation BE		

Formation C1		
Formation C1E		
Formation C		
Formation CE		
Formation D1		
Formation D1E		
Formation D		
Formation DE		

**SI CONVENTION DE MISE EN COMMUN DES MOYENS ET DES
PERSONNELS (EXPLOITANTS DÉJÀ TITULAIRES D'UN AGRÉMENT)
(Joindre la convention)**

Nom de l'établissement signataire de la convention :

Moyens mis en
commun :

Personnels mis en
commun :

Locaux mis en
commun :

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande ainsi que l'authenticité des documents transmis.

Je m'engage à signaler toute modification qui pourrait intervenir dans mon établissement dans les cinq ans à compter de la date d'agrément. **Je prends connaissance de l'obligation de solliciter le renouvellement quinquennal de mon agrément au moins deux mois avant l'expiration de celui-ci.**

Fait à _____ le _____
Signature