



# DEMANDE DE PERMIS DE CONDUIRE ou DE CARTE D'IDENTITÉ DANS LE DC

Les informations que vous fournissez seront utilisées pour **vous inscrire sur les listes électorales** ou pour mettre à jour votre inscription, à moins que vous ne le refusiez à la section G.

A. De quoi avez-vous besoin ?		
<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Carte d'identité	<input type="checkbox"/> Permis moto

B. Renseignements vous concernant							
Nom de famille		Prénom		Second Prénom		Jr./Sr./III, etc.	
Adresse de votre domicile (une adresse postale ne peut être utilisée)			N° D'appartement ou d'Unité		Ville et État		Code postale
					Washington, DC		
Date de naissance / /		Numéro de sécurité sociale		Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié	
Poids LBS	Taille FT IN		Couleur de cheveux	Couleur des yeux	Autres noms utilisés sur un permis de conduire ou une carte d'identité.		
Téléphone portable ( )		Autre numéro de téléphone ( )		Notification de texte <input type="checkbox"/> Oui Les taux standards s'appliquent		Adresse électronique	

C. Renseignements sur votre historique de conduite			
1. Avez-vous déjà eu un permis de conduire ?	Si oui, indiquez le pays, l'État ou la juridiction où vous l'avez obtenu.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Votre permis a-t-il déjà été suspendu ou révoqué ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Votre demande de permis de conduire a-t-elle été refusée dans un autre pays ou État ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

D. Renseignements sur vos antécédents médicaux <i>Passez cette section si vous êtes ici uniquement pour une carte d'identité.</i>			
1. Avez-vous besoin de lentilles ou de lunettes correctrices pour le test de dépistage des troubles de la vision ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2. Êtes-vous tenu(e) de porter un appareil auditif lorsque vous conduisez ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert ou reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ? Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, veuillez remplir le formulaire médical ou le formulaire du test de vision.</b>			
1. Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2. Diabète insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
3. Glaucome, cataracte ou maladie des yeux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
4. Crise d'épilepsie ou perte de conscience	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
5. Souffrez-vous d'autres troubles mentaux ou physiques qui pourraient nuire à votre capacité de conduire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

E. Parlez-nous de vos préférences			
1. Tous les hommes âgés de 18 à 26 ans seront inscrits auprès du <b>Service sélectif</b> . Pour vous désinscrire, remplissez le formulaire de désinscription			
2. Je souhaite ajouter sur mon permis/ma carte d'identité une <b>désignation d'ancien combattant</b> .	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, veuillez fournir la preuve de votre statut	
3. Je souhaite être un <b>donneur d'organes et de tissus</b> .	<input type="checkbox"/> Oui		
4. Dans quelle langue devons-nous communiquer avec vous ?			
<b>Désignations spéciales (facultatif) :</b> <i>Ajouter à mon permis de conduire ou à ma carte d'identité</i>	<input type="checkbox"/> Autisme	<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	<input type="checkbox"/> Déficience auditive
	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle		
<i>Usage de bureaux :</i>			

F. Si vous avez plus de 70 ans, votre médecin agréé DOIT remplir cette section		
Nom du médecin ( <i>en caractères d'imprimerie</i> )	Numéro d'identification du médecin	Numéro de téléphone
Le demandeur est-il capable de conduire un véhicule en toute sécurité ?	<input type="checkbox"/> Oui, le demandeur est-capable de conduire un véhicule en toute sécurité.	<input type="checkbox"/> Non, le demandeur ne peut pas conduire un véhicule en toute sécurité.
Signature du médecin :		Date :

<b>Pour signaler de manière confidentielle un gaspillage, une fraude ou un abus commis par une agence ou un agent du gouvernement du DC,</b> appelez l'inspecteur général du DC au 1.800.521.1639.	<i>Usage de bureaux :</i>	<i>Formulaire révisé en octobre 2021</i>
	Signature de l'employé :	Date :

**Questions :** Veuillez consulter notre site Web à l'adresse [dmv.dc.gov](http://dmv.dc.gov) ou appeler le 311 si vous êtes dans le DC ou le 202.737.4404 si vous êtes hors de l'indicatif régional 202.

Suite à la page suivante →

## G. Inscription des électeurs

À moins que vous ne refusiez, les informations que vous avez fournies sur cette demande seront utilisées pour vous inscrire sur les listes électorales ou pour mettre à jour votre inscription. Si vous ne remplissez pas les conditions d'inscription énumérées ci-dessous, ou si vous ne voulez pas vous inscrire sur les listes électorales, vous DEVEZ refuser l'inscription.

Pour vous **inscrire sur les listes électorales**, vous devez :

- Être citoyen(ne) américain(e)
- Résider dans le District de Columbia. Vous ne pouvez pas voter lors d'une élection organisée dans le District de Columbia si vous ne résidez pas dans le District de Columbia depuis au moins 30 jours avant les élections auxquelles vous avez l'intention de participer.)
- Ne pas déclarer de résidence de vote en dehors du District de Columbia
- Être âgé d'au moins 16 ans. (Vous pouvez vous préinscrire à 16 ans. Vous pouvez participer à une élection primaire si vous êtes âgé d'au moins 17 ans et si vous aurez 18 ans à la prochaine élection générale. Vous pouvez participer à une élection générale ou spéciale si vous avez au moins 18 ans).
- Ne pas avoir été déclaré inapte au vote par un tribunal

**Je refuse.** Ne pas m'inscrire sur les listes électorales ou mettre à jour mon inscription sur ses listes.  
Si vous refusez d'être inscrit(e) sur les listes électorales, passez à la section H, Certification du demandeur)

**Inscription du parti** Pour participer à une élection primaire dans le District de Columbia, vous devez être inscrit à l'un des quatre (4) partis suivants (**Cochez UNE case parmi les cases ci-dessous**) :

Parti démocratique       Parti vert de l'État de DC       Parti républicain       Parti libertarien

Si vous vous inscrivez en tant que électeur « Sans parti (indépendant) » ou si vous vous inscrivez dans un parti autre que les partis mentionnés ci-dessus, vous ne pourrez pas participer aux élections primaires.

Si vous ne choisissez aucun de parti, vous serez inscrit en tant que électeur « Sans parti (indépendant) ».

Sans parti (indépendant)       Autre (écrire le nom du parti ici) \_\_\_\_\_

Si vous avez besoin d'aide pour participer au vote, veuillez nous indiquer le type d'aide dont vous avez besoin (facultatif) :

Votre adresse postale (si différente de celle indiquée ci-dessus) :

Nom et adresse indiqués lors de votre dernière inscription sur les listes électorales (inclure la ville et l'État si vous ne résidez pas dans le DC) :

Souhaitez-vous obtenir des informations sur la possibilité de travailler en tant qu'agent électoral lors des prochaines élections ?  Oui     Non

**Avis importants.** Les informations relatives à l'inscription sur les listes électorales sont publiques, à l'exception des numéros de sécurité sociale complets/partiels, des numéros d'inscription sur les listes électorales, des dates de naissance, des adresses électroniques et des numéros de téléphone. Si vous refusez de vous inscrire sur les listes électorales, votre décision restera confidentielle. Si vous choisissez de vous inscrire sur les listes électorales, l'agence auprès de laquelle vous avez déposé votre demande d'inscription sera gardée confidentielle et ne sera utilisée qu'aux fins de votre inscription sur les listes électorales.

Pour que votre adresse de résidence et/ou votre adresse postale soit gardée confidentielle, vous devez présenter au bureau d'enregistrement des électeurs du Board of Elections (Conseil électora) l'une ordonnance du tribunal stipulant que ces informations doivent rester confidentielles.

Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit : a) d'inscription sur les listes électorales ; b) de refus à l'inscription sur les listes électorales ; c) de protection de la vie privée lorsque vous décidez de vous inscrire ou de demander à vous inscrire sur les listes électorales ; ou d) de choisir votre propre parti politique ou toute autre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès du directeur exécutif du Board of Elections (Conseil électora) à l'adresse Board of Elections, 1015 Half Street, SE, Suite 750, Washington, DC 20003.

Si vous ne recevez pas votre carte d'inscription sur les listes électorales dans les trois semaines suivant la date à laquelle vous avez rempli cette demande, appelez le Board of Elections (Conseil électora) au 202-727-2525. Vous pouvez également consulter le site Web du Board of Elections (Conseil électora) à l'adresse [www.dco.org](http://www.dco.org). Pour une assistance ATS, composez le 711. Si necesita esta informacion en espanol, llame al 202-727-2525.

## H. Certification du demandeur

Je certifie, sous peine de parjure, que les informations contenues dans cette demande sont vraies et exactes. Si je demande à m'inscrire sur les listes électorales, je déclare sous serment ou affirme solennellement que je remplis toutes les conditions énumérées à la section G. Je comprends que : a) toute personne utilisant un nom ou une adresse fictifs et/ou faisant délibérément une fausse déclaration sur cette demande est en violation de la loi du DC et est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 1 000 dollars et/ou jusqu'à 180 jours d'emprisonnement (Code officiel du DC 22-2405), et ; b) toute personne qui s'inscrit ou essaie de s'inscrire sur les listes électorales et fait de fausses déclarations quant à ses qualifications est en violation de la loi du DC et est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 10 000 dollars et/ou jusqu'à 5 ans d'emprisonnement (Code officiel du DC 1-1001. 14(a)).

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_