

**TRIBUNAL MUNICIPAL DE CLEVELAND
COMTÉ DE CUYAHOGA, OHIO**

VILLE DE CLEVELAND,)
Demandeur(esse)) DOSSIER N° _____
-c.-)
_____) JUGE _____
Prévenu(e))
) **DEMANDE D'AUTORISATION DE CONDUITE LIMITÉE**
Date de naissance :)
N° de permis :

Le/la prévenu(e) a été reconnu(e) coupable d'une infraction et le Tribunal Municipal de Cleveland a suspendu son permis de conduire. Le permis de conduire du/de la prévenu(e) est suspendu jusqu'au _____ (date). Le/la prévenu(e) demande qu'une autorisation de conduite limitée lui soit accordée. Avant que le Tribunal puisse étudier sa demande d'autorisation de conduite limitée, le/la prévenu(e) comprend qu'il/elle doit avoir rempli les conditions suivantes :

- 1.) Régler ses amendes et frais de justice impayés ;
- 2.) Se mettre en règle avec tout mandat judiciaire en instance ;
- 3.) Satisfaire à toutes ses obligations de probation ;
- 4.) Présenter une attestation d'emploi (lettre rédigée par son employeur pour confirmer ses horaires de travail) ;
- 5.) Présenter une attestation d'assurance/de solvabilité.

Respectueusement,

Nom (en majuscules)

Signature

Date

Adresse

Ville

État

Code postal

N° de tél. (journée)

(soirée)

TRIBUNAL MUNICIPAL DE CLEVELAND

LISTE RELATIVE À L'AUTORISATION DE CONDUITE

AFIN D'APPUYER VOTRE APPEL ET/OU DEMANDE D'AUTORISATION DE CONDUITE LIMITÉE, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS ET LES PIÈCES JUSTIFICATIVES FIGURANT DANS LA LISTE. LE FAIT D'ENVOYER ÉLECTRONIQUEMENT CES PIÈCES JUSTIFICATIVES OU DE LES DÉPOSER AU GREFFE DU TRIBUNAL PERMETTRA À UN JUGE D'EXAMINER VOTRE DEMANDE D'AUTORISATION DE CONDUITE LIMITÉE. TOUS LES APPELANTS DOIVENT COMPARAITRE EN PERSONNE A TOUTES LES AUDIENCES.

NOM : _____ NUMÉRO DE DOSSIER : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE MOBILE : _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE : _____

DATE DE NAISSANCE : /_____/_____

RAISON(S) DE LA DEMANDE D'AUTORISATION DE CONDUITE :

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE VOTRE EMPLOYEUR : _____

VOS JOURS ET HORAIRES DE TRAVAIL : _____

HORAIRES DE CONDUITE ENTRE VOTRE DOMICILE ET VOTRE LIEU DE TRAVAIL : _____

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE VOTRE DEUXIÈME EMPLOYEUR : _____

VOS JOURS ET HORAIRES DE TRAVAIL : _____

HORAIRES DE CONDUITE ENTRE VOTRE DOMICILE ET VOTRE LIEU DE TRAVAIL : _____

ÉCOLE OU GARDERIE : _____

JOURS ET HORAIRES DE CONDUITE : _____

OBLIGATIONS JUDICIAIRES : _____

JOURS ET HORAIRES DE CONDUITE : _____

RENDEZ-VOUS/OBLIGATIONS DE NATURE MÉDICALE : _____

JOURS ET HORAIRES DE CONDUITE : _____

TRIBUNAL MUNICIPAL DE CLEVELAND

LISTE RELATIVE À L'AUTORISATION DE CONDUITE

OFFICES RELIGIEUX : _____

JOURS ET HORAIRES DE CONDUITE : _____

AUTRES RAISONS (par ex. : courses au supermarché, activités ou visites des enfants, etc.) : _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR :

1. ATTESTATION DE SOLVABILITÉ (ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE) (fournir l'une des pièces suivantes) :

– Carte d'assuré OU – Assurance SR22 Bond OU – Courrier de l'assureur indiquant les dates de validité.

2. ATTESTATION D'EMPLOI (fournir l'une des pièces suivantes) :

– Courrier de(s) employeur(s) confirmant les horaires de travail OU – Copie d'une fiche de paie récente
OU – Copie du calendrier de travail OU – Copie d'un badge de travail.

3. ATTESTATION DE FRÉQUENTATION D'UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE (fournir l'une des pièces suivantes) :

– Copie du calendrier de cours du conducteur OU – Copie des horaires d'école ou de
Garderie de l'enfant OU – Attestation de fréquentation (bulletin de notes, courrier de
l'administration scolaire ou de la garderie)

4. ATTESTATION D'OBLIGATIONS JUDICIAIRES (fournir l'une des pièces suivantes) :

- Copie de l'ordonnance judiciaire OU – Copie du livret indiquant une fréquentation
des réunions AA OU – Copie d'attestation de présence à certains cours exigés par une
probation.

5. ATTESTATION DE RENDEZ-VOUS/D'OBLIGATIONS DE NATURE MÉDICALE :

Si le conducteur doit prendre la voiture pour recevoir un traitement médical ou prodiguer des soins de santé :
(fournir l'une des pièces suivantes) :

- Ordonnance du médecin OU – Carte de visites médicales
OU – Courrier confirmant une date de visite médicale OU – Courrier du médecin indiquant
qu'un membre de la famille âgé ou en situation de handicap a besoin d'aide.