



**Application for Ontario Driver's Licence**  
**demande de permis de conduire de l'Ontario**



Ontario Driver's Licence No. / N° du permis de conduire de l'Ontario  
 Date of Birth / Date de naissance  
 Class / Cat.  
 Cond. / Rest.  
 End / Aut.

Sex / Sexe  
 Height / Taille cm  
 New Class / Cond. / End. / Nouvelle cat. / rest. / out.

Name and Residential Address / Nom et adresse résidentielle  
 Mailing Address / Adresse postale

**For Class A, B, C, D, E, F / Pour les catégories A, B, C, D, E et F**

Under the Canada / U.S. Medical Reciprocity Agreement, you **cannot drive** in the U.S. if you have one of the following four medical conditions: / En vertu de l'entente de réciprocité médicale entre le Canada et les États-Unis, vous n'avez pas le droit de conduire aux États-Unis si vous souffrez d'un des troubles médicaux suivants:

- Monocular vision (vision in only one eye) / Vision monoculaire (vision dans un œil seulement)
- Epilepsy requiring anti-convulsant medication for control / Épilepsie devant être contrôlée par anticonvulsant
- Diabetes requiring insulin for control / Diabète nécessitant la prise d'insuline
- Hearing Impairment / Déficience auditive

Answer "Yes" or "No". / Répondez par « Oui » ou par « Non ».

1. Do you require glasses or corrective lenses for driving? / Avez-vous besoin lunettes ou des verres correcteurs pour conduire?  Yes / Oui  No / Non

2. Do you suffer, or have you ever been advised by a physician that you suffer from heart disease, stroke, diabetes requiring insulin to control, epilepsy, seizure disorder, loss of consciousness or awareness, or any other medical condition or physical disability that may affect your safe operation of a motor vehicle? / If yes, state medical condition: / Souffrez-vous ou avez-vous souffert de troubles cardiaques, d'une attaque d'apoplexie, de diabète, d'épilepsie, de pertes de connaissance ou avez-vous d'autres troubles de santé ou d'invalidité qui pourraient nuire à la conduite sécuritaire d'un véhicule automobile? Dans l'affirmative, précisez votre trouble de santé:  Yes / Oui  No / Non

3. Have you ever been licensed to drive? If yes, check off how long you have been licensed, state date first licensed and the last province, state or country you were licensed to drive in. If in Ontario, under what name? / Avez-vous déjà été titulaire d'un permis de conduire? Dans l'affirmative, veuillez indiquer pendant combien de temps, en précisant la date initiale de délivrance du permis et la province, l'État ou le pays où votre plus récent permis a été délivré. Si vous détenez un permis ontarien, sous quel nom est-il inscrit?  Yes / Oui  No / Non

Date first licensed: / Date de délivrance initiale:  0 - 4 years / 0 - 4 ans  Over 4 years / Plus de 4 ans

If you were licensed in another jurisdiction, the Ontario licence issued to you may be subsequently suspended under section 41 of the Highway Traffic Act due to driving-related Criminal Code convictions received in the other jurisdiction. / Si vous êtes titulaire d'un permis délivré par un autre territoire, le permis de l'Ontario peut être suspendu à une date ultérieure en vertu de l'article 41 du Code de la route à la suite d'une déclaration de culpabilité relative à la conduite d'un véhicule et prononcée par un autre territoire en vertu du Code criminel.

4. Has your licence been valid for 24 months of the past 36 months? If yes, state in what province, state or country. / Au cours des 36 derniers mois, votre permis a-t-il été valide pendant 24 mois? Dans l'affirmative, précisez la province, l'État ou le pays.  Yes / Oui  No / Non

Place / Endroit: \_\_\_\_\_

5. If you are applying for a motorcycle licence, do you intend to take a Motorcycle Safety Course? / Si vous demandez un permis de motocycliste, avez-vous l'intention de suivre un cours de sécurité à motocyclette?  Yes / Oui  No / Non

**Office Use Only / A l'usage du bureau**

Off. No. Op. No.  
 Effective Date / Y M D Business Date / Y M D

Travel Point  System Down

Vision	0	X	Par
Left	20/	20/	
Right	20/	20/	
Both	20/	20/	

Transaction Type  
 Fee Payment

Method of Payment  Cash  Cheque  
 Credit Card  Direct Payment  
 Other \_\_\_\_\_

TDL Issued \_\_\_\_\_  
 SPLA Issued \_\_\_\_\_

Document / ID Viewed \_\_\_\_\_

Rules P F

Signature of Examiner / Issuer \_\_\_\_\_

Examiner's Number \_\_\_\_\_

**Change/Correction to Record/Modification/rectification du dossier**

wish to change/correct my: / Je veux modifier/rectifier les renseignements suivants:

Name / Nom  Address / Adresse  Date of Birth / Date de naissance  Sex / Sexe  Height / Taille  Cond. / Rest.  End. / Aut.  Class / Cat.

certify that the statements on this application are correct. / Je certifie que les déclarations qui figurent sur cette demande sont exactes.

Applicant's Signature / Signature de l'auteur(e) de la demande \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Notice/Aviz: It is a serious offence to make a false statement on this form. This form may be subject to a follow-up audit. / Toute fausse déclaration faite sur le présent formulaire constitue une infraction grave. Le formulaire pourrait faire l'objet d'une vérification de suivi.

SAMPLE

Information in this form is collected under the authority of the Highway Traffic Act and is used to evaluate the eligibility of the applicant to obtain the Ontario Driver's Licence. If you have any questions about the collection and use of your personal information collected on this form, please call the Supervisor, ServiceOntario at 416 235-2999 or 1 800 387-3445 or write to the Supervisor, Ministry of Transportation, Licensing Administration Office, Main Floor, Building A, 1201 Wilson Ave., Downsview, Ontario, M3M 1J8. Direct general inquiries to ServiceOntario at 416 235-2999, 1 800 387-3445 or visit [www.ServiceOntario.ca](http://www.ServiceOntario.ca).

*Les renseignements indiqués sur le présent formulaire sont recueillis en vertu du Code de la route et seront utilisés pour déterminer si l'auteur de la demande est admissible au permis de conduire de l'Ontario. Si vous avez des questions sur la collecte et l'utilisation des renseignements personnels fournis dans le présent formulaire, veuillez téléphoner au Superviseur, ServiceOntario, au 416 235-2999 ou 1 800 387-3445 ou écrire au Superviseur, ministère des Transports, Bureau d'administration des permis, rez-de-chaussée, édifice A, 1201, avenue Wilson, Downsview ON M3M 1J8. Pour obtenir des renseignements généraux, veuillez communiquer avec ServiceOntario, au 416 235-2999 ou 1 800 387-3445 ou vous rendre à [www.ServiceOntario.ca](http://www.ServiceOntario.ca).*

## Driver's Licence Renewal Application Demande de renouvellement du permis de conduire

Name and Address / Nom et adresse	<b>FOR OFFICE USE ONLY / USAGE RÉSERVÉ AU BUREAU</b>				Photo Taken YES NO TVWP
	Effective Date Y: ___ Mo: ___ Day: ___	Business Date Y: ___ Mo: ___ Day: ___	Office No.	Operator No.	
Driver's Licence Number Numéro du permis de conduire	Date of Birth Date de naissance	Your present licence expires on Votre permis actuel expire à la date indiquée		Class Catégorie	Height Taille
<b>Answer Yes or No / Répondez par oui ou par non</b>		Next expiry is Date d'expiration suivante		Condition Résultat	Sex Sexe
1. Is your licence now under suspension? / Votre permis est-il suspendu?		Driver's test required Examen de conduire requis		Fees Droits	
2. Do you require glasses or corrective lenses for driving? / Avez-vous besoin lunettes ou des verres correcteurs pour conduire?		Vision Acuité visuelle		<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Debit <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Credit Card <input type="checkbox"/> Other	
3. Do you suffer, or have you ever been advised by a physician that you suffer from heart disease, stroke, diabetes requiring insulin to control, epilepsy, seizure disorder, loss of consciousness or awareness, or any other medical condition or physical disability that may affect your safe operation of a motor vehicle? If yes, state medical condition: Souffrez-vous ou un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez d'une maladie du cœur, d'un accident vasculaire cérébral, de diabète traité par l'insuline, d'épilepsie, d'attaques, d'évanouissements ou de perte de conscience, ou de tout autre état médical ou toute autre incapacité physique qui pourrait nuire à votre capacité de conduire prudemment un véhicule automobile? Si c'est le cas, veuillez indiquer de quoi il s'agit:		Written Par écrit		Road Sur route	
		Road Test Examen sur route		Group support Séance de groupe	
		Licence Renewal Renouvellement du permis		Reinstatement Fees/Droits de remise en vigueur	
				TDL Number	

The amount shown above includes the fees indicated at left / Le montant ci-dessus comprend les droits indiqués à gauche.

Please retain this application for the protection of your personal information and for your records until your next renewal. / Veuillez garder cette demande afin de protéger vos renseignements personnels et la conserver dans vos dossiers jusqu'au prochain renouvellement.

I hereby certify that the statements on this application are correct. / Je certifie par la présente que les déclarations qui figurent sur cette demande sont exactes.

Licensor's Signature / Signature du titulaire X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

It is a serious offence to make a false statement on this form. / Toute fausse déclaration faite sur le présent formulaire constitue une infraction grave.

Address Correction Section / Partie réservée aux changements d'adresse		
Complete only information that is incorrect / Ne corrigez que les renseignements inexacts		
<b>Residential Address / Adresse résidentielle</b>		
Street No. & Name, P.O. Box, R.R. No. or Lot, Concession & Township/N° et rue, C.P., R.R. ou lot, concession, canton	Apt. No / App. n°	
City, Town, Village/Ville ou village	Province / State/Province / Etat	Postal Code/Code postal
<b>Mailing Address / Adresse Postale</b>		
Street No. & Name, P.O. Box, R.R. No. or Lot, Concession & Township/N° et Rue, C.P., R.R. ou lot, concession, canton	Apt. No./App. n°	
City, Town, Village/Ville ou village	Province / State/Province / Etat	Postal Code/Code postal

General Enquiries - Telephone / Renseignements généraux - Téléphone  
 Canada Wide / Partout au Canada: 1 800 387-3445  
 Toronto, GTA: 416 235-2999  
 Website / Site Web: www.ServiceOntario.ca

For Office Use Only / Usage Réservé au Bureau

**1 Name Change**

Current Last Name

Current Last Name

Middle Name

Document Viewed:

Marriage Certificate

Divorce or Name Change

Court Order

Other

Birth Certificate

**6 New Class Code**

Failure to Meet Standards

Failure to Meet Standard Standards

Voluntary Downgrade

Expired License

**2 Date of Birth Correction**

Current Date of Birth

Month Day Year

Document Viewed:

Birth Certificate

Canadian Citizenship Card

Passport

Other

**7 Complete Condition or Endorsement Code**

0	X	Per
10	20	
20	30	
20	20	

**3 Correct Sex**

1 Document Viewed

**8 Change Authorization**

Signature of Staff

**4 Proper Height**

cm

**9 Group Session**

Group Session Attended at

Date

**5 Vision/Knowledge Test**

Score

0	X	Per
20	20	
20	20	
20	20	

Examined and Passed at

Date

Location

Signature of Examiner

Number

Signature of Signatory

Number

Signature of Staff

Number

Road Test Required (check if Yes)

Signature of Signatory

Number

**10 Road Test / Air Brake Practical Test**

Evaluated in a (check if vehicle) Full ( )  
Restricted ( )

Plate Number

Examined and Passed at

Date

Location

Signature of Examiner

Number

Signature of Signatory

Number

Information for applicants: This document is for office use only. It is not valid for use by the public. For more information, please contact the Ministry of Transportation, 9790 Yonge Street, Richmond Hill, Ontario L4B 1R7. Tel: (905) 889-9689. Fax: (905) 889-9690. TDD: (905) 889-9691. Website: www.mvt.gov.on.ca. For more information, please contact the Ministry of Transportation, 9790 Yonge Street, Richmond Hill, Ontario L4B 1R7. Tel: (905) 889-9689. Fax: (905) 889-9690. TDD: (905) 889-9691. Website: www.mvt.gov.on.ca.