|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Service public fédéral Mobilité et Transports  Federal Public Service Mobility and Transport |  | Direction général Navigation  Directorate General Shipping |

# CERTIFICAT D’APTITUDE MÉDICALE / CERTIFICATE OF MEDICAL FITNESS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Données personnelles / *Personal details*** | | |
| Nom / *Surname* |  | |
| Prénom(s) / *First name(s)* |  | |
| Lieu et date de naissance / *Place and date of birth* |  |  |
| Sexe / *Gender* | M | F |
| Fonction à bord / *Function on board* |  | |
| Nationalité / *Nationality* |  | |
| Numéro de carte d’identité / *Identification card number* |  | |
| Numéro de passeport / *Passport number* |  | |
| Numéro de livret de marin / *Number seaman’s book* |  | |
| Les documents d’identifications ont été controlés au examen / *Identification documents were checked at the point of examination* | Oui / *Yes* | Non / *No* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données de l’examen / *Examination results*** | | | | | | | | | | | | |
| Concerne / Concerning | | | | | | | | | | | | |
|  | Examen service ou quart sur le pont / *Examination service or watch on the bridge* | |  | Examen service ou quart dans la chambre des machines / *Examination service or watch in the machinery space* | | |  | Examen membre de l’équipage sans fonction de quart / *Examination seafarer without watchservice* | |  | Examen autres membres de l’équipage / *Examination remaining seafarers* | |
| L’ouïe et la vision adapté pour / *Hearing/Sight fit for* | | | | | | | | | | | | |
|  | Service ou quart sur le pont / *Service or watch on the bridge* | | | |  | Service ou quart dans la chambre des machines / *Service or watch in the machinery spaces* | | |  | Autres membres de l’équipage / *Remaining seafarers* | | |
| Moyens audio-visuels / *Audio or visual tools* | | | | | | | | | | | | |
|  | Obligatoire, notamment / *Required, namely:* | | | | | | | |  | Non obligatoire / *Not required* | | |
| Daltonisme qui risque de diminuer l’aptitude au travail / *Colour blindness that can affect the work in a negative way* | | | | | | | | | | | | |
| Oui / *Yes* | | Non / *No* | Date du dernier test de perception des couleurs / *Date of last colour vision test:*  Le test de perception des couleurs reste valide pendant **six ans** au maximum / *Colour vision assessment only needs to be conducted every* ***six years*** | | | | | | | | | |
| Validité / Validity | | | | | | | | | | | | |
|  | Maximum jusqu’à **deux ans** après date de délivrance, à moins que le membre de l’équipage ait moins de 18 ans /  *Maximum period of* ***two years*** *after date of issue unless the seafarer is under the age of 18* | | | | | | | | | | | |
|  | Maximum jusqu’à **un an** après date de délivrance pour les membres de l’équipage de moins de 18 ans /  *Maximum period of* ***one year*** *after date of issue if the seafarer is under the age of 18* | | | | | | | | | | | |
|  | **Autre**, notamment / ***Others****, namely*: | | | | | | | | | | | |
| Conditions dérogatoires ou limitatives (ex. durée, fonction particulière, type de travail, zone de navigation) / *Exemptions or restrictive conditions (e.g. time, special function, field of work, navigation area)*: | | | | | | | | | | | | |
| Oui / *Yes* | | Non / *No* | Description / *Discription:* | | | | | | | | | |
| Le concerné est atteint d’un problème médical qui risque d’être aggravé par le service en mer, de le rendre inapte à ce service ou de mettre en danger la santé d’autres personnes à bord / *The person concerned is suffering from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render him/her unfit for such service or to endanger the health of other persons on board* | | | | | | | | | | | | Oui / *Yes* |
| Non / *No* |
| **Recommandations état de vaccination et/ou remarques** **/ *Recommendations vaccination status and/or remarks*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Le médecin soussigné, agréé par les agents chargés du contrôle de la navigation désignés à cet effet déclare que / *The undersigning medical practitioner, recognised by a duly authorised official, declares that*: | |
| monsieur/madame / *mister/misses* | |
| **possède l’aptitude médicale** conformément à l’article 102 et l’annexe XX de l’arrêté royal du 20 juillet 1973 portant règlement sur l’inspection maritime, la convention STCW, en particulier section A-I/9 du code STCW et de la MLC 2006, en particulier la règle 1.2 / ***is medically fit*** *in accordance with article 102 and annex XX of the royal decree of 20 July 1973 concerning the maritime inspection code, the STCW convention, in particular section A-I/9 of the STCW-code and MLC 2006, in particular regulation 1.2.* | |
| Le membre de l’équipage confirme qu’il/qu’elle a été informé du libellé du certificat et du droit à un réexamen du dossier conformément à l’article 4 de l’arrêté royal du 20 juillet 1973 portant règlement sur l’inspection maritime et paragraphe 6 de la section A-I/9 du code STCW et la norme A1.2.5 de la MLC 2006 / *The seafarer confirms that he/she has been informed of the content of the certificate and of the right to a review in accordance with article 4 of annex XX of the royal decree of 20 July 1973 concerning the maritime inspection, paragraph 6 of section A-I/9 of the STCW-code and standard A1.2.5 of MLC 2006.* | Oui / *Yes* |
| Non / *No* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu et date de l’examen / *Place and date of examination*:      , | | Valable jusque / *Valid until*: |
| Griffe et signature médecin /*Name stamp and signature medical practitioner* |  | |
|  |  | |