



Service public fédéral
Mobilité et Transports

**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'OBTENTION DE LA DÉROGATION À L'UTILISATION OBLIGATOIRE
DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ ET DU DISPOSITIF DE RETENUE POUR ENFANTS**

Le soussigné, docteur en médecine

Naam en voornaam: _____

certifie que:

NOM ¹

PRÉNOM ¹

DATE DE NAISSANCE / /

DOMICILE ¹

RUE

N° **Boîte**

LOCALITÉ

CODE POSTAL

présente une contre-indication médicale **grave** à l'utilisation de la ceinture de sécurité et des dispositifs de retenue pour enfants.

Durée de contre-indication ²: illimitée

limitée jusqu'au: / /

Cachet du médecin

Date et signature

Ce certificat est à renvoyer dûment complété au:
Service public fédéral Mobilité et Transports
Direction Certification et Surveillance
Service Permis de conduire
Cellule administrative
City Atrium
Rue du Progrès 56 – Locker 8B105
1210 Bruxelles
tél. 02 277 38 26

¹ En lettres capitales

² Cochez la mention utile