

**CERTIFICAT MEDICAL EN VUE DE L'OBTENTION DE LA DEROGATION A L'UTILISATION  
OBLIGATOIRE DE LA CEINTURE DE SECURITE ET DU DISPOSITIF DE RETENUE POUR ENFANTS.**

**Le soussigné, docteur en médecine**

**Nom et prénom :**

**Domicile :**

**certifie que :**

**NOM (1) :**

**PRENOMS (1-2) :**

**DATE DE NAISSANCE :**  /  /

**Domicile (1) :**

**Rue :**

**N° :**       **Bte :**

**Localité :**

**N° Postal :**

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

Durée de la contre-indication :

– illimitée (3)

– jusqu'au (3) :  /  /

Cachet du Médecin.

Date et signature.

- 
- (1) En lettres capitales  
(2) En toutes lettres  
(3) Biffer la mention inutile

*Ce certificat est à renvoyer dûment complété au :*

**SERVICE PUBLIC FEDERAL MOBILITE ET TRANSPORTS  
Mobilité et Sécurité routière  
Direction Sécurité routière  
Service Permis de Conduire  
CITY ATRIUM – 56, rue du Progrès – LOCAL 5A07  
1210 BRUXELLES  
TEL : 02/277.38.28**