



Service public fédéral
Mobilité et Transports

**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: _____

certifie que:

NOM 1: _____

PRENOM 1: _____

DATE DE NAISSANCE: ____/____/____

NUMERO DE REGISTRE NATIONAL: ____-____-____

E-MAIL 1: _____

Domicile :

RUE 1: _____

N° : _____ **BUS** : _____

CODE POSTAL : _____ **COMMUNE** 1: _____

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 limitée jusqu'au (max. 10 ans) : _____

Cachet du médecin

Date et signature

Ce certificat doit être joint à la demande en ligne via <https://seatbelt.apps.mobilit.fgov.be/>.

Ceux qui n'ont pas accès à l'Internet peuvent également envoyer leur demande par courrier à :

**SPF Mobilité et Transports
DG Transport routier et Sécurité routière
Service Permis de conduire étrangers
City Atrium
Rue du Progrès 56
1210 Bruxelles**

¹ En lettres capitales