



**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

Nom et prénom : _____

Certifie que:

NOM ¹: _____

PRÉNOM ¹: _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

NUMÉRO 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](#)

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