

**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 Réglementation de la Circulation
CITY ATRIUM – 56, rue du Progrès – LOCAL 4A23
1210 BRUXELLES**

