|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le soussigné | ….…………………………………………………………………………. | |
| Docteur en médecine, atteste avoir examiné ce jour, Madame/Monsieur : | | |
| Nom  Prénom  Numéro de Registre national belge  Lieu et date de naissance  Adresse (rue et numéro)  Code postal et résidence | | ……………………………………………………………..  ……………………………………………………………..  ……………………………………………………………..  ……………………………………………………………..  ……………………………………………………………..  …………………………………………………………….. |
| et avoir constaté que cette personne n’a aucun défaut physique ou une maladie incompatible avec la conduite en toute sécurité d'un bateau de plaisance pouvant mettre en danger la sécurité de la navigation.  Cette enquête a porté sur :   1. La vision, en particulier l'acuité visuelle et le sens chromatique 2. L’ouïe 3. La condition physique générale et la santé, en particulier sur l'état du cœur et des poumons, ainsi que sur la tension artérielle. | | |
|  | | |
| Fait à……….………………………………...…., le ………………………………………. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signature du médecin |  | Cachet du médecin |

|  |
| --- |
| *Ce certificat est valable 2 ans et peut être utilisé pour obtenir un brevet de chef de bord côtier ou hauturier de la FFYB.* |