



# CERTIFICAT MÉDICAL

## Validité limitée à 3 mois

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine à .....,  
certifie avoir examiné ce jour M, Mme, Mlle ....., candidat(e) à  
l'examen du certificat de capacité pour la conduite d'un bateau à passagers ou de marchandises en  
navigation intérieure.

**Après avoir pris connaissance de l'annexe n° I** à l'arrêté ministériel du 19 décembre 2003 et  
de la liste exhaustive des affections incompatibles avec la délivrance du certificat de capacité, je certifie  
que M, Mme, Mlle ..... n'est atteint(e) d'aucune de ces  
affections et qu'il (elle) est apte à la pratique de la navigation intérieure.

Observations éventuelles : .....

Fait à : ....., le

Signature du praticien

Cachet obligatoire

### Important

Un extrait de l'annexe I de l'arrêté du 19 décembre 2003 portant  
sur les conditions d'aptitude physique figure dans la notice jointe.

<i>Photographie</i>

⇐ Photographie d'identité récente en couleur de format 3,5 x 4,5 cm

⇐ Signature (au stylo à bille noir sans toucher les bords)

**NOTA :**

L'émission des certificats de capacité sous forme de carte plastifiée nécessite la numérisation des photographies et des signatures.

Le candidat doit donc coller la photographie demandée dans le cadre prévu à cet effet et signer dans la case du dessous, **en évitant soigneusement les bords.**