

Certificat médical relatif au contrôle de l'aptitude médicale en navigation intérieure

Nom (nom de jeune fille s'il y a lieu) et prénom de la personne examinée	
Date et lieu de naissance	Pièce d'identité

Nom et prénom du médecin examinateur	
Adresse	Numéro(s) de téléphone(s)

La personne examinée a fait l'objet d'un contrôle de son aptitude physique et psychique conformément aux standards pour l'aptitude médicale de l'ES-QIN (aptitude générale, vision et ouïe). Résultats du contrôle :

- ☐ Durablement inapte
- ☐ Temporairement inapte, probablement jusqu'au _____
- ☐ Apte sans restrictions
- ☐ Aptitude limitée jusqu'au _____¹
- ☐ Apte avec une ou plusieurs des restrictions suivantes (code de diagnostic conforme à l'ES-QIN)
- ☐ 01 Correction de la vue (lunettes et/ou lentilles de contact) requise
 - ☐ 02 Aide auditive requise
 - ☐ 03 Prothèse de membre requise
 - ☐ 04 Aucune tâche à accomplir seul dans la timonerie
 - ☐ 05 Uniquement lorsqu'il fait jour
 - ☐ 06 Aucune tâche navigationnelle autorisée
 - ☐ 07 Limitation au bâtiment suivant : _____
 - ☐ 08 Limitation au secteur suivant : _____
 - ☐ 09 Limitation à la tâche suivante : _____
- ☐ Apte, dès lors que le certificat de conduite au sens de la directive 94/50/CE a été délivré avant le 1^{er} avril 2004

Cachet

Date et signature du médecin

¹À n'utiliser que si cela est expressément prévu par les standards ES-QIN pour l'aptitude médicale relatifs à la maladie concernée.