

**DOKTERSATTEST TOT HET BEKOMEN VAN DE VRIJSTELLING VAN HET VERPLICHT GEBRUIK
VAN DE VEILIGHEIDSGORDEL EN HET KINDERBEVEILIGINGSSYSTEEM**

De ondergetekende dokter in de geneeskunde

Naam en voornaam :

Woonplaats :

verklaart dat :

NAAM (1) :

VOORNAMEN (1-2) :

GEBOORTEDATUM : / /

Woonplaats (1) :

Straat :

Nr : Bus :

Gemeente :

Postnummer :

gewichtige medische tegenindicatie vertoont voor wat betreft het gebruik van de veiligheidsgordel en kinderbeveiligingssystemen

Duur van de tegenindicatie :

– onbeperkt (3)

– tot (3) : / /

Stempel van de dokter

Handtekening en datum

-
- (1) In hoofdletters
 - (2) Voluit geschreven
 - (3) Doorhalen wat niet past

Dit attest wordt volledig ingevuld, teruggestuurd naar ::

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST MOBILITEIT EN VERVOER
DIRECTIE VERKEERSVEILIGHEID
Dienst Rijbewijs
CITY ATRIUM – Vooruitgangstraat 56 – LOCAL 5A07
1210 BRUSSEL
TEL : 02/277.38.25 en 277.38.27**