



**CENTRE INSTRUCTEUR DE SÉCURITÉ FLUVIALE DE NANTES
CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE**

Certificat médical relatif au contrôle de l'aptitude médicale en navigation intérieure établi selon le modèle défini dans l'annexe 15 de l'article a. 4231-4-1 du code des transports

Nom de naissance (nom d'usage s'il y a lieu) et prénom de la personne examinée : _____	
Date et lieu de naissance : _____	Numéro de la 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 :

Tampon	Date et lieu :	Signature du médecin :
--------	----------------	------------------------

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