

**DEMANDE DE CERTIFICAT DE QUALIFICATION DE L'UNION DE CONDUCTEUR SUR BASE
D'UNE FORMATION AGRÉÉE**

Instructions :

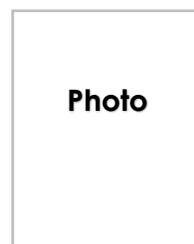
- 1- Imprimez et complétez le formulaire en lettres capitales
- 2- Signez le formulaire à l'endroit prévu
- 3- Envoyez le formulaire par courrier, accompagné des documents requis, au Guichet de la navigation
- 4- Versez la rétribution

LE DEMANDEUR		
NOM(S)		
PRÉNOM(S)		
N° NATIONAL BELGE OU N° PASSEPORT		
LIEU DE NAISSANCE		
DATE DE NAISSANCE (JJ.MM.AAAA)		
PAYS DE NAISSANCE		
NATIONALITÉ		
TÉLÉPHONE / GSM (INCLUS CODE DU PAYS)		
E-MAIL		
ADRESSE (SUIVANT LA CARTE D'IDENTITÉ)	RUE + NUMÉRO	
	CODE POSTAL	
	COMMUNE	
	PAYS	
ADRESSE DE CORRESPONDANCE (LE CAS ÉCHÉANT)	RUE + NUMÉRO	
	CODE POSTAL	
	COMMUNE	
	PAYS	
AUTORISATIONS SPÉCIFIQUES DEMANDÉES	<input type="checkbox"/> RADAR <input type="checkbox"/> VOIES D'EAU À CARACTÈRE MARITIME	

CONDITIONS À REMPLIR ET DOCUMENTS A JOINDRE A CE FORMULAIRE	AUTORITÉ
<input type="checkbox"/> ÂGE : MINIMUM 18 ANS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIE DE LA CARTE D'IDENTITÉ (RECTO/VERSO) OU DU PASSEPORT EN COURS DE VALIDITÉ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 PHOTO D'IDENTITÉ RÉCENTE (À COLLER DANS LE CADRE CI-DESSOUS)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIE DU CERTIFICAT DE RÉUSSITE D'UNE FORMATION AGRÉÉE POUR LA QUALIFICATION DE CONDUCTEUR ET L'ENSEMBLE DES AUTORISATIONS DEMANDÉES, CONFORMÉMENT À LA DIRECTIVE 2017/2397	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIE DES LIVRETS DE SERVICE POUR PROUVER UN TEMPS DE NAVIGATION DE MINIMUM 360 JOURS (LES JOURS DE NAVIGATION DOIVENT AVOIR ÉTÉ VALIDÉS PAR UNE AUTORITÉ COMPÉTENTE AU PRÉALABLE)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ORIGINAL DU CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR UN MÉDECIN DATANT DE 3 MOIS MAXIMUM	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIE DU CERTIFICAT D'OPÉRATEUR DE RADIOTÉLÉPHONIE	<input type="checkbox"/>

RÉTRIBUTION À PAYER	
<p>LA SOMME DE 21 EUROS DOIT ÊTRE VERSÉE SUR LE COMPTE BIC GKCCBEBB // IBAN BE67 0912 1502 5787 OUVERT AU NOM DU « SPW MI – DSJD », RUE CANAL DE L'OURTHE 9, 4031 ANGLEUR COMMUNICATION : NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR + « CERTIFICAT DE CONDUCTEUR »</p>	<input type="checkbox"/>

DATE:



SIGNATURE DU DEMANDEUR
 (à l'intérieur du cadre
 au stylo ou au feutre noir)