

MARINE MARCHANDE

CERTIFICAT DE VISITE

LE DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DES AFFAIRES
MARITIMES

DU DÉPARTEMENT DE

a l'honneur d'adresser :

☐ Monsieur, ☐ Madame, ☐ Mademoiselle

Nom

Prénom

Né le : à

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Voie :

Code postal :

Téléphone :

Mail :

Commune :

Pays :

signature demandeur :

Le document est à envoyer rempli
et accompagné d'une
**PHOTOCOPIE D'UNE
PIECE D'IDENTITE**
en cours de validité à la DDTM du
lieu où réside le demandeur.

DDTM 06 : Alpes Maritimes

ddtm-navpro@alpes-maritimes.gouv.fr

DDML 34-30 : Hérault - Gard

ddtm-dml@herault.gouv.fr

DDTM 2A : Corse du Sud

ddtm-sml-mn@corse-du-sud.gouv.fr

DDTM 2B : Haute Corse

ddtm-dml-aml@haute-corse.gouv.fr

DIDAM 66/11: Pyrénées Orientales - Aude

ddtm-dml@pyrenees-orientales.gouv.fr

DDTM 83 : Var

ddtm-navpro@var.gouv.fr

DDTM 13 : Bouches du Rhône

ddtm-navpro@bouches-du-rhone.gouv.fr

TEL : 04-91-28-54-05

À MONSIEUR LE MÉDECIN DES GENS DE MER

EN LE PRIANT DE CONSTATER CI-CONTRE L'ÉTAT DE SANTÉ
DU PORTEUR DU PRÉSENT POUR L'EXAMEN DE L'APTITUDE À
LA NAVIGATION

A , LE

Cadre réservé au service
numéro provisoire attribué :