

## Questionnaire médical aptitude à la conduite CARA

Bruxelles, date de la poste.

Madame, Monsieur,

Vous êtes candidat(e) – demandeur(se) ou titulaire – au permis de conduire du groupe 1 (cat. AM, A1, A2, A, B, B+E, G) et :

- on vous a informé(e) ou vous pensez que votre condition physique ne répond pas aux critères médicaux ou vous souffrez d'un trouble fonctionnel susceptible d'entraîner des difficultés lors de la conduite d'un véhicule à moteur (cyclomoteur, moto, quad, trike, auto, camionnette, tracteur...),
- vous êtes titulaire d'un permis de conduire à validité limitée et souhaitez proroger sa durée de validité,
- vous êtes renvoyé(e) au CARA par le médecin, les autorités, le médecin examinateur, la compagnie d'assurances ou autre.

Le CARA déterminera si vous êtes apte à la conduite moyennant éventuellement certaines adaptations, conditions ou restrictions.

Veuillez remplir le Document « Partie A – Informations administratives » de manière lisible et exhaustive.

Dans la « Partie B – Déclaration personnelle », nous vous demandons de bien vouloir compléter la colonne « Candidat(e) » et de signer la déclaration.

Vous vous adressez ensuite à un médecin de votre choix qui devra également remplir une partie de la « Déclaration personnelle ». Le but de ce document destiné au médecin est de fournir des informations médicales requises, pas de prendre une décision finale. **Le médecin fournira également le rapport médical le plus pertinent pour chaque rubrique où un « oui » a été coché par lui/elle.** L'intégralité du dossier est à renvoyer au médecin du CARA.

Après réception de tous les documents, un rendez-vous sera proposé.

Veuillez agréer, madame, monsieur, l'expressions de nos salutations distinguées,

CARA  
Centre d'Aptitude à la Conduite

Veuillez renvoyer les documents sous pli suffisamment affranchi. Dans le cas contraire, le courrier ne sera pas distribué ou pourra être renvoyé à l'expéditeur.





Lors de la conduite, j'éprouve des difficultés particulières avec :

.....  
.....  
.....

J'ai des questions spécifiques concernant la conduite :

.....  
.....  
.....

**5. Port de la ceinture :**

J'ai une *exemption* du port de la ceinture de sécurité<sup>1</sup> : Oui / Non

Si oui : délivrée le : ...../...../.....

N° exemption : .....

Je, soussigné(e), déclare que les données susmentionnées sont exactes et exhaustives.

Je marque mon accord pour que le(s) médecin(s) désigné(s) par mes soins transmette(nt) toutes les informations ci-jointes ainsi que toute autre information utile pour la détermination de mon aptitude à la conduite au médecin du CARA. Je comprends que les informations fournies et les résultats des examens complémentaires soient uniquement utilisés pour l'évaluation de mon aptitude à la conduite et ne soient pas mis à la disposition de tiers, sauf cas de force majeure ou avec mon accord formel. Je pars du principe que les informations fournies seront traitées conformément au RGPD.

Date : ...../...../.....

Nom :

Signature :

<sup>1</sup> Cochez ou biffez ce qui ne convient pas (s'applique au reste du document)

<sup>2</sup> Complétez (s'applique au reste du document)

Cher médecin référent :

Si vous souhaitez ou devez être contacté et/ou recevoir une copie de l'attestation d'aptitude à la conduite, prière d'indiquer lisiblement vos coordonnées ci-dessous. Notre préférence est la suivante :

1. Votre adresse électronique : .....

2. Votre numéro de fax : .....

3. Votre adresse postale :

Nom : .....

Rue + n° : .....

Code postal : .....

Lieu : .....

## Inscription au CARA

Le médecin du CARA vérifie le problème médical dont il convient de tenir compte lors de l'évaluation de l'aptitude à la conduite demandée. Les questions posées sont en lien direct avec les « critères médicaux » fixés par la loi tels que repris dans l'AR du 23 mars 1998, annexe 6.

Le médecin du CARA, qui prend la décision quant à l'aptitude à la conduite du/de la candidat(e), doit tenir compte de tous les critères établis.

- La partie B doit être remplie *de manière exhaustive* lors de chaque demande, tant par le/la (candidat(e)-) conducteur/trice que par le médecin *au choix* (médecin référent). Si le document n'est pas rempli de manière exhaustive, il sera renvoyé.

Le/La (candidat(e)-) conducteur/trice répond aux questions posées par « Oui » ou « Non » dans la colonne 1 (« Candidat(e) »). Le médecin au choix (médecin référent) répond aux questions posées par « Oui » ou « Non » dans la colonne 2 (« Médecin »).

Ensuite, le médecin au choix complète la page intitulée « Evaluation générale relative au diagnostic du renvoi ». **Il/elle doit fournir le rapport médical le plus pertinent pour chaque rubrique où il/elle a coché « oui »**. Il s'agit du rapport le plus récent, éventuellement complété par un précédent rapport pour avoir une vue d'ensemble de l'évolution de la maladie.

Le médecin référent fournit les informations pertinentes pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite. En communiquant les informations médicales pertinentes, il ne prend pas de décision quant à l'aptitude à la conduite. Le médecin référent joue uniquement le rôle d'informateur. La décision finale est en effet prise par le médecin du CARA.

## **PARTIE B : Déclaration personnelle**

Le/La **candidat(e)** répond aux questions par « Oui » ou « Non » dans la colonne « *Candida(e)t* ». Le **médecin** répond (en fonction du/de la candidat(e)) aux questions posées dans la colonne « Médecin ».

**Cette partie du questionnaire doit toujours être complétée de manière exhaustive.**

<b>Affections neurologiques</b>	<b>Candidat(e)</b>		<b>Médecin</b>	
1. Avez-vous déjà eu une lésion ou une affection cérébrale, crânienne ou du système nerveux central, congénitale ou consécutive à un accident ou à une maladie (ex. : attaque, tumeur, sclérose en plaques...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Souffrez-vous d'une affection du système nerveux au niveau de la colonne vertébrale ou des membres ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. À votre connaissance, souffrez-vous d'une affection pouvant entraîner une diminution de la conscience, une perte de conscience soudaine ou un dysfonctionnement soudain de votre comportement habituel ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà été dans le coma ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous des troubles de perception, d'attention, de concentration, de capacité de jugement, de vitesse de réaction ou du comportement, d'orientation spatio-temporelle, ou vous a-t-on dit un jour que vous présentiez un de ces troubles	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### **Affections mentales**

6. Avez-vous ou avez-vous eu par le passé une affection mentale (psychique ou psychiatrique) ou vous a-t-on dit un jour que vous présentiez un de ces troubles ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7. Avez-vous d'importantes difficultés d'adaptation se traduisant notamment par un comportement (routier) inadapté, une prise de risques exagérée ou un comportement incontrôlé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### **Epilepsie**

8. Etes-vous atteint(e) d'épilepsie ou avez-vous par le passé eu une ou plusieurs crises d'épilepsie ou d'autres attaques de baisse ou de perte de conscience ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### **Somnolence pathologique**

9. Etes-vous anormalement fatigué(e) pendant la journée ou souffrez-vous, à votre connaissance, d'une maladie qui provoque des troubles du sommeil ou qui entraîne une somnolence excessive en journée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### **Troubles locomoteurs**

10. À votre connaissance, souffrez-vous d'une affection qui se traduit par une diminution de la force musculaire, une mobilité réduite au niveau des articulations, une absence ou une paralysie totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, d'un trouble sensoriel, d'un trouble de l'équilibre ou de la coordination ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### **Affections du système cardio-vasculaire**

11. À votre connaissance, souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie cardiaque ? (Ex. : infarctus, malformation de la valvule cardiaque, arythmie...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
12. Etes-vous porteur d'un pacemaker ou d'un défibrillateur ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13. Avez-vous une tension artérielle trop élevée ou trop basse ou souffrez-vous d'une maladie artérielle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### **Diabète sucré**

14. A votre connaissance êtes-vous atteint de <i>diabetes mellitus</i> (diabète sucré) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### **Affections du système vestibulaire**

15. Avez-vous des troubles de l'équilibre, des pertes soudaines de l'équilibre ou des vertiges ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

<b>Fonctions visuelles</b>	<b>Candidat(e)</b>		<b>Médecin</b>	
16. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection oculaire (ex. : glaucome, cataracte, perte d'un œil, diplopie...) ou avez-vous été/êtes-vous traité(e) pour une telle affection (implantation de lentille, laser...) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
17. Votre vue est-elle mauvaise, floue ou voilée ? (Vous avez une mauvaise vue si vous ne pouvez pas lire la plaque d'immatriculation d'une voiture à 15-20 mètres).	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
18. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact pour voir de loin ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
19. Votre champ visuel est-il retreint ou y a-t-il des zones, dans votre champ visuel, où votre vision est réduite ou inexistante ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
20. Eprenez-vous des difficultés inhabituelles à voir dans le crépuscule et/ou l'obscurité, le brouillard, les mauvaises conditions climatiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
21. Eprenez-vous d'autres problèmes liés à la vue (ex. : reconnaissance, distinction ou traitement d'informations visuelles, évaluation des distances, de la profondeur et/ou de la vitesse ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### **Alcool, substances psychotropes**

22. Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues, des narcotiques ou des stimulants ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
23. Votre consommation d'alcool est-elle excessive, êtes-vous en état de dépendance à l'alcool, en abusez-vous ou vous ne pouvez pas vous abstenir d'en boire avant de conduire un véhicule motorisé, ou était-ce le cas par le passé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### **Affections rénales et hépatiques**

24. À votre connaissance, souffrez-vous d'une affection rénale ou hépatique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

#### **Implants**

25. Avez-vous subi une transplantation d'organe ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
26. Vous a-t-on posé un implant ? (Appareil implanté dans l'organisme lors d'une opération).	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### **Autres troubles**

27. Souffrez-vous d'un trouble fonctionnel autre que ceux susmentionnés susceptible de limiter vos capacités fonctionnelles au volant et pouvant présenter un danger lors de la conduite d'un véhicule motorisé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

#### **Médicaments**

28. Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ? (Indiquez ceux que vous consommez régulièrement et ceux que vous prenez occasionnellement en précisant la dose)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

#### **Uniquement à compléter par le/la candidat(e) :**

Régulièrement : .....

Occasionnellement : .....

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir complété de manière loyale et exhaustive le questionnaire ci-dessus. Le médecin est prié, s'il répond **oui** à une des pathologies, de compléter les feuilles d'informations correspondantes (voir plus loin) ou, si nécessaire, de les faire remplir par le spécialiste en la matière.

Date : ...../...../.....

Date : ...../...../.....

Signature demandeur :

Signature du médecin :

Nom du médecin : .....

Numéro INAMI et cachet



**Diagnostic(s) / raison du renvoi**

**Diagnostic(s), étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE) :**

.....  
 .....  
 .....

**Diagnostic(s) pertinent(s) secondaire(s), étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE) :**

.....  
 .....  
 .....

**L'état fonctionnel a-t-il évolué par rapport à la dernière demande ?**  Oui  Non  Pas d'application  
 (Si Non, vous ne devez pas compléter la suite du document).

Médication actuelle : .....

Quelle est la situation médicale actuelle du/de la candidat(e) ?  
 .....

Quelle est l'évolution à attendre ? .....

Examen clinique (neurologique – locomoteur) état actuel :

	Mem. Sup. Dr.	Mem. Sup. Ga.	Mem. Inf. Dr.	Mem. Inf. Ga
Force				
Sens. superf. prof.				
Mobilité				
Tonus - réflexes				
Coordination				
Clonus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....  
 .....  
 .....

Le/La candidat(e) présente-t-il/elle des troubles cognitifs : mémoire, attention, concentration, orientation dans le temps et l'espace, apraxie, agnosie, aphasie (motrice/sensorielle), hémiparésie, anosognosie, dysfonctionnements perceptuels ou visuo-spatiaux, autres :  
 ..... Si oui, précisez S.V.P.

Jugez-vous souhaitable d'effectuer un examen neuropsychologique ?  Oui  Non  
(si un rapport neuropsychologique est disponible, merci de bien vouloir l'annexer).

Motivation :

.....  
.....  
.....

Le/La candidat(e) a-t-il(elle) suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement ?  Oui  Non

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations suivantes, celle ne constitue qu'un avis et non une décision.

**Veillez nous communiquer le/les rapport(s) médical(aux) le(s) plus pertinent(s) concernant le diagnostic principal et/ou le diagnostic secondaire de votre patient(e). Merci d'avance.**

*Nom et adresse du médecin traitant :* .....

.....  
.....  
.....

*Date :*

*Signature :*

*Numéro INAMI et cachet :*

## AVIS 1 : FORMULAIRE D'AVIS MEDECINS

Vous pouvez émettre ici votre avis concernant l'aptitude à la conduite de votre patient(e). Ce formulaire ne constitue qu'un simple avis, il ne s'agit pas d'une évaluation ou d'une décision définitive.

Catégories du permis pour **groupe 1** :

	Favorable	Réservé	Défavorable
<input type="checkbox"/> AM (cyclomoteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A1 (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A2 (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B (voiture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B + E (remorque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G (tracteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jugez-vous souhaitable de fixer des conditions ou restrictions (uniquement environnement connu, pas d'autoroute, uniquement en journée, éthylotest antidémarrage...)?

Oui  Non

Si oui, quelles conditions ou restrictions ? .....

.....  
.....  
.....

Remarques : .....

.....  
.....  
.....

Durée de validité (éventuelle) :

une durée de validité illimitée

une durée de validité limitée : ...../...../.....

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant : .....

.....  
.....  
.....

Date :

Signature :

Numéro INAMI et cachet :

## AVIS 2 : FORMULAIRE D'AVIS MEDECINS

Vous pouvez émettre ici votre avis concernant l'aptitude à la conduite de votre patient(e). Ce formulaire ne constitue qu'un simple avis, il ne s'agit pas d'une évaluation ou d'une décision définitive.

Catégories du permis pour **groupe 1** :

	Favorable	Réservé	Défavorable
<input type="checkbox"/> AM (cyclomoteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A1 (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A2 (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B (voiture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B + E (remorque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G (tracteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jugez-vous souhaitable de fixer des conditions ou restrictions (uniquement environnement connu, pas d'autoroute, uniquement en journée, éthylotest antidémarrage...)?

Oui  Non

Si oui, quelles conditions ou restrictions ? .....

.....  
.....  
.....

Remarques : .....

.....  
.....  
.....

Durée de validité (éventuelle) :

Une durée de validité illimitée

Une durée de validité limitée : ...../...../.....

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant : .....

.....  
.....  
.....

Date :

Signature :

Numéro INAMI et cachet :

### AVIS 3 : FORMULAIRE D'AVIS OPHTALMOLOGUES

Vous pouvez émettre ici votre avis concernant l'aptitude à la conduite de votre patient(e). Ce formulaire ne constitue qu'un simple avis, il ne s'agit pas d'une évaluation ou d'une décision définitive.

Catégories du permis pour **groupe 1** :

	Favorable	Réservé	Défavorable
<input type="checkbox"/> AM (cyclomoteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A1 (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A2 (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B (voiture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B + E (remorque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G (tracteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jugez-vous nécessaire que le/la candidat(e) porte une correction optique pour conduire un véhicule ?

Oui  Non

Si oui, quel type de correction ?

- Lunettes uniquement
- Lentilles de contact uniquement
- Lunettes ou lentilles de contact
- Cache-œil à gauche/ à droite
- Correction optique spécifique, précisez : .....
- Correction optique spécifique à gauche, précifiez : .....
- Correction optique spécifique à droite, précifiez : .....

Jugez-vous souhaitable de fixer des conditions ou restrictions (uniquement en journée, uniquement environnement connu, pas d'autoroute)

Oui  Non

Si oui, quelles conditions ou restrictions ? .....

.....

Remarques : .....

.....

Durée de validité (éventuelle) :

- Une durée de validité illimitée
- Une durée de validité limitée : ...../...../.....

Nom et adresse de l'ophtalmologue traitant : .....

.....

.....

Date :

Numéro INAMI et cachet :

Signature :

\* A déterminer par le CARA (si le/la candidat(e) peut uniquement être déclaré(e) apte à la conduite conformément à l'article 45 de l'arrêté royal du 23 mars 1998, prière de remplir une attestation officielle modèle **VIII** et de l'envoyer).

## **FORMULAIRE PREFERENCE LIEU DE RENDEZ-VOUS**

Le CARA effectue des examens de conduite pratique dans différents endroits dans le cadre de l'évaluation à la conduite. Nous vous prions de bien vouloir compléter ce formulaire afin que nous **puissions tenir compte** de votre préférence en matière de lieu de rendez-vous.

**ATTENTION : Votre problème médical détermine l'endroit et les examens et véhicules y afférents. Par exemple, lorsque nous jugeons nécessaire le suivi d'un examen médical ou neuropsychologique, vous serez tenu de vous rendre à Bruxelles.**

- Bruxelles
  
- Brabant flamand
- Région Louvain
- Région Diest
- Région Vlezenbeek
  
- Anvers
- Région Geel
- Région Kontich
- Région Bornem
  
- Flandre-Orientale
- Région Gand
- Région Brakel
- Région Alost
  
- Flandre-Occidentale
- Région Bruges
- Région Courtrai
  
- Limbourg
- Région Hasselt
- Région Overpelt