

| <b>Pays: Belize (Date: 18 juin 2014)</b>   |   |  |
|--|---|--|
| <b>Pièce justificative exigée<br/>(délivrée/certifiée par un médecin ou<br/>une autorité sanitaire)</b>                            | <b>Restrictions<br/>(qualitatives et/ou quantitatives)</b>                      | <b>Autorité nationale compétente<br/>(à contacter pour plus de<br/>renseignements)</b>   |
| a) Ordonnance médicale valide <input checked="" type="checkbox"/>  | Jours / Quantités/Doses   | Nom: Director of Health Services<br><br>Adresse: Third Floor East Block Building,<br>Belmopan<br><br>Tél: 822 0809 (501)<br><br>Télécopie: 822 2942 (501)<br><br>e-mail: dhs@health.gov.bz |
| b) Certificat médical approuvé par les autorités sanitaires<br>du pays de résidence <input type="checkbox"/>                       | Stupéfiants <input type="text" value="30 jours"/>                               |  |
| c) Certificat délivré par les autorités sanitaires du pays<br>de destination <input checked="" type="checkbox"/>                   | Substances psychotropes <input type="text" value="30 jours"/>                   |  |
| d) Présentation de l'original de l'ordonnance au service<br>des douanes du pays de destination <input checked="" type="checkbox"/> | Liste de substances interdites;<br>si oui, veuillez préciser:<br>_____<br>_____ |  |
| e) Autres types de justificatif; si oui, veuillez indiquer:<br><br>_____<br>_____ <input type="checkbox"/>                         | Autres informations   |  |