

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Pays de délivrance de licence :<br><b>BELGIQUE</b>                                                                                                                                                                                          | (13) N° référence:                                                                                                                                                                           | (2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/> |
| (3) Nom :<br><b>SWENNEN</b>                                                                                                                                                                                                                     | (4) Nom de naissance                                                                                                                                                                         | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation                                                            |
| (5) Prénom(s) :<br><b>SEREMIE</b>                                                                                                                                                                                                               | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)<br><b>03/06/1988</b>                                                                                                                                      | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>                                                                                        |
| (8) Lieu et pays de naissance :<br><b>BRUXELLES BELGIQUE</b>                                                                                                                                                                                    | (9) Nationalité :<br><b>BELGE</b>                                                                                                                                                            | (14) Type de licence désirée : <b>CPL (A)</b>                                                                                                                                   |
| (10) Adresse permanente :<br><b>RUE ESSELVELD 08</b><br>Pays : <b>BELGIQUE</b><br>N° de téléphone : <b>77 750 4763</b><br>Courriel : <b>SEREMIE.SWENNEN@GMAIL.COM</b>                                                                           | (11) Adresse postale : (si différente)                                                                                                                                                       | (15) Profession (principale) : <b>PILOTE DE LIGNE</b>                                                                                                                           |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)<br>types : <b>CPL</b> Numéro de licence : <b>BE-FCL-202240A</b> Pays de délivrance : <b>BELGIQUE</b>                                                                                                         | (16) Employeur : <b>AIR SENEGAL</b>                                                                                                                                                          | (17) Dernier examen médical :<br>Date : <b>15/10/2020</b><br>Lieu : <b>BELGIQUE</b>                                                                                             |
| (20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu : | (19) Conditions, limitations du certificat médical:<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :                                                        | (21) Nombre total d'heures de vol : <b>3900</b>                                                                                                                                 |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :                                                                    | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :<br><b>A320</b>                                                                                                                       | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>500</b>                                                                                                       |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités                                                                                                          | (25) Type de vol envisagé : <b>LIGNE</b>                                                                                                                                                     | (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>                                                           |
| (29) Consommez vous du tabac ?<br>Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :<br>Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :                                                 | (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/><br>Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi : |                                                                                                                                                                                 |

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?  
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

| OUI                                                                                           | NON                                                                           | OUI                                                             | NON                                                         | OUI                      | NON                                 | OUI                      | NON                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (101) Maladie ou opération oculaire                                                           | (112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage                       | (123) Paludisme, autre maladie tropicale                        | (170) Affection cardiaque                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact | (113) Traumatismes crâniens ou commotion                                      | (124) Test VIH positif                                          | (171) Hypertension artérielle                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen       | (114) Maux de tête fréquents ou graves                                        | (125) Maladie sexuellement transmissible                        | (172) Taux élevé de cholestérol                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (104) Allergie ou rhume des foies                                                             | (115) Accès de vertige/évanouissement                                         | (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil                      | (173) Epilepsie                                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (105) Asthme ou maladie pulmonaire                                                            | (116) Perte de conscience quel que soit le motif                              | (127) Maladie musculaire ou squelettique                        | (174) Maladie mentale/suicide                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (106) Maladie du cœur ou des vaisseaux                                                        | (117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc... | (128) Toute autre maladie ou blessure                           | (175) Diabète                                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (107) Tension artérielle élevée ou basse                                                      | (118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature                 | (129) Hospitalisation                                           | (176) Tuberculose                                           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (108) Calcul rénal ou sang dans les urines                                                    | (119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue                              | (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical     | (177) Allergie/asthme/eczéma                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (109) Diabète ou désordre hormonal                                                            | (120) Tentative de suicide ou automutilation                                  | (131) Assurance vie refusée pour motif médical                  | (178) Maladie héréditaire                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins                                        | (121) Mal des transports nécessitant médication                               | (132) Refus de licence de vol pour motif médical                | (179) Glaucome                                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (111) Surdité ou maladie des oreilles                                                         | (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines                   | (133) Exempt  ou réformé du service national pour motif médical | A remplir uniquement pour les femmes                        |                          |                                     |                          |                                     |
|                                                                                               |                                                                               | (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie         | (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                               |                                                                               |                                                                 | (151) Etes-vous enceinte ?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

(30) Remarques :  
**189 - Suivit par ch  H moro des.**

(31) Declaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.  
CONSENTEMENT   LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AM  ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.  
NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MHD.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AM  afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux associations médecins des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **16/11/2021**

Signature du demandeur :

*[Signature]*

Signature du médecin examinateur :

**Dr. P. LORICA**  
Médecine Aéronautique  
DGAC N  3857 - FAA 00773



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **SWENNEN** Prénoms : **SEREME** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **03/06/1988**  
Lieu de naissance : **BELGIQUE**

|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                      |                                                                                         |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input checked="" type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>185</b> cm | (203) Poids<br><b>90</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>Bleu</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>Brn.</b> | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique <b>120</b><br>Diastolique <b>70</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>46</b><br>Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier<br><input type="checkbox"/> irrégulier |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Examen clinique : Cochez chaque item**

|                                                 | normal                              | anormal                  |                                                          | normal                              | anormal                  |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (218) Abdomen, hernie, foie, rate                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (219) Anus, rectum (si nécessaire)                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (210) Nez, sinus                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (220) système génito-urinaire                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (221) Système endocrinien, thyroïde                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (213) Yeux - pupilles                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (224) Examen neurologique- réflexes etc                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (215) Poumons, thorax, seins                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (225) Psychiatrie                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (216) Cœur                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (217) Système vasculaire                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (227) Etat général                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

**OP2. AS20 Air Secupl. SA - 33 ans,**  
**Em couple, o aqth.**  
**Plants = 0.**

**Tabacco = 0.**  
**Alc = acc.**  
**III = 0.**  
**Sport = 5x/seu**

**Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)**  
(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

|                                     |           |            |  |
|-------------------------------------|-----------|------------|--|
| Ceil droit sans correction          | <b>10</b> | Corrigée à |  |
| Ceil gauche sans correction         | <b>10</b> | Corrigée à |  |
| Vision binoculaire, sans correction | <b>10</b> | Corrigée à |  |

(230) Vision Intermédiaire

|                    | sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| N14 lu à 100cm     |                                     |                          |                          |                          |
| Ceil droit         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ceil gauche        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(231) de près

|                    | sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| N5 lu à 30 - 50cm  |                                     |                          |                          |                          |
| Ceil droit         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ceil gauche        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(232) Lunettes

|                              |                                         |
|------------------------------|-----------------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input checked="" type="checkbox"/> |
| Type :                       |                                         |
| Réfraction                   | Sph                                     |
| Ceil droit                   | Cylindre                                |
| Ceil gauche                  | Axe                                     |
|                              | Ajouter                                 |

(233) Lentilles de contact

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Type :                       |                              |
| Réfraction                   | Sph                          |
| Ceil droit                   | Cylindre                     |
| Ceil gauche                  | Axe                          |
|                              | Ajouter                      |

(313) Perception des couleurs

|                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Normale <input type="checkbox"/> | Anormale <input type="checkbox"/> |
| Tables pseudo-isochromatiques    | Type I S H I H A R A              |
| Nombre de tables présentées      | Nombre d'erreurs                  |

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

|                                                                          |                              |                              |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (si 239/241 non réalisés)                                                | Oreille droite               | Oreille gauche               |
| Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur | Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|                                                                          | Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

(236) Fonction respiratoire

|                                 |                                  |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| VEMS/CV                         | %                                | Peak Flow                       | (l/min)                          |
| Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> |

(237) Hémoglobine

|                                  |
|----------------------------------|
| (g/dl)                           |
| Normal <input type="checkbox"/>  |
| Anormal <input type="checkbox"/> |

(248) Commentaires, limitations :

**Apte classe 1 → 25-11-2022**

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : **16-11-2022**  
et lieu : **3. Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**  
Numéro d'AME : **MD/004/ANACS/IDA/08 DGAC N° 3857 - FAA 00773**



|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I State of issue / Etat de délivrance</b><br>Belgium                                            | <b>II Titles of licences, date of initial issue and country</b><br>CPL(A) 03/12/2014 BE                                                                                                                                                                                      |
| <b>III Licence number / Numéro de licence</b><br>BE.FCL.202240.A                                   | <b>IX Validity / Validité</b><br>The privileges of the licence shall be exercised only if the holder has a valid medical certificate for the required privilege.<br>A document containing a photo shall be carried for the purposes of identification of the licence holder. |
| <b>IV Full name of holder / Nom complet du détenteur</b><br>Jérémie SWENNEN                        | <b>XII Radiotelephony privileges</b><br>The holder of this licence has demonstrated competence to operate R/T equipment on board aircraft in ENGLISH                                                                                                                         |
| <b>IVa Date and place of birth / Date et lieu de naissance</b><br>03/06/1988 BRUXELLES             | <b>XIII Remarks / Remarques</b><br>Language Proficiency<br>ENGLISH - Level 6 - unlimited validity                                                                                                                                                                            |
| <b>V Address of holder / Adresse du détenteur</b><br>RUE ESSELVELD, 8<br>1950 KRAAINEM<br>Belgique |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>VI Nationality of holder / Nationalité du détenteur</b><br>Belgique                             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>VII Signature of holder / Signature du détenteur</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>VIII Issuing competent authority</b><br>Belgium                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>X Signature of issuing officer and date</b><br>31/03/2017                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>XI Seal or stamp of issuing competent authority</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |



| <p><b>KINGDOM OF BELGIUM</b><br/>KONINKRIJK BELGIE<br/>ROYAUME DE BELGIQUE<br/>KONIGREICH BELGIEN</p> <p><b>FLIGHT CREW LICENCE</b><br/>BEWIJS VAN BEVOEGDHEID VOOR VLIEND<br/>PERSONNEEL<br/>LICENCE DE PERSONNEL NAVIGANT<br/>FLUGBESATZUNGSLENZ</p> <p>Issued in accordance with Part-FCL<br/>This licence complies with ICAO standards, except for the LAPL<br/>and EIR privileges<br/>Issu en conformité avec Partie-FCL<br/>Cette licence est conforme aux standards ICAO, excepté pour les<br/>privileges LAPL et EIR</p> <p><b>Federal Public Service</b><br/><i>Mobility and Transport</i><br/>Belgian Civil Aviation Authority</p> <p>EUROPEAN UNION</p> |             | <p><b>XII Ratings, certificates and privileges</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Class/Type</th> <th>Valid until</th> <th>IR Cat.</th> <th>Valid until</th> <th>Remarks and Restrictions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A320</td> <td>31/03/2018</td> <td>CAT I</td> <td>31/03/2018</td> <td>MP</td> </tr> <tr> <td>MEP (land)</td> <td>30/11/2017</td> <td>CAT I</td> <td>30/11/2017</td> <td>SP</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Instructors</th> <th>Valid until</th> <th>Remarks and Restrictions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Nil</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Examiners</th> <th>Valid until</th> <th>Remarks and Restrictions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Nil</td> </tr> </tbody> </table> |             | Class/Type               | Valid until | IR Cat. | Valid until | Remarks and Restrictions | A320 | 31/03/2018 | CAT I | 31/03/2018 | MP | MEP (land) | 30/11/2017 | CAT I | 30/11/2017 | SP | Instructors | Valid until | Remarks and Restrictions | Nil |  |  | Examiners | Valid until | Remarks and Restrictions | Nil |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|---------|-------------|--------------------------|------|------------|-------|------------|----|------------|------------|-------|------------|----|-------------|-------------|--------------------------|-----|--|--|-----------|-------------|--------------------------|-----|--|--|
| Class/Type                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Valid until | IR Cat.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Valid until | Remarks and Restrictions |             |         |             |                          |      |            |       |            |    |            |            |       |            |    |             |             |                          |     |  |  |           |             |                          |     |  |  |
| A320                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 31/03/2018  | CAT I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 31/03/2018  | MP                       |             |         |             |                          |      |            |       |            |    |            |            |       |            |    |             |             |                          |     |  |  |           |             |                          |     |  |  |
| MEP (land)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 30/11/2017  | CAT I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 30/11/2017  | SP                       |             |         |             |                          |      |            |       |            |    |            |            |       |            |    |             |             |                          |     |  |  |           |             |                          |     |  |  |
| Instructors                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Valid until | Remarks and Restrictions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                          |             |         |             |                          |      |            |       |            |    |            |            |       |            |    |             |             |                          |     |  |  |           |             |                          |     |  |  |
| Nil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                          |             |         |             |                          |      |            |       |            |    |            |            |       |            |    |             |             |                          |     |  |  |           |             |                          |     |  |  |
| Examiners                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Valid until | Remarks and Restrictions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                          |             |         |             |                          |      |            |       |            |    |            |            |       |            |    |             |             |                          |     |  |  |           |             |                          |     |  |  |
| Nil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                          |             |         |             |                          |      |            |       |            |    |            |            |       |            |    |             |             |                          |     |  |  |           |             |                          |     |  |  |







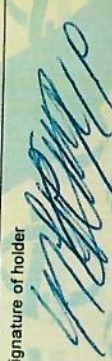
| Date of                                                                                                                                                     | last       | next                      |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|------------|------------|
|                                                                                                                                                             |            | class 1                   | class 2    | LAPL       |
| Medical examination                                                                                                                                         | 15/10/2020 | 25/11/2021<br>25/11/2021* | 25/11/2025 | 25/11/2025 |
| ECG                                                                                                                                                         | 25/11/2019 | 25/11/2021                | 03/06/2030 |            |
| Audiogram                                                                                                                                                   | 15/10/2020 | 25/11/2025                | 25/11/2025 |            |
| Extended medical                                                                                                                                            | 04/05/2011 |                           |            |            |
| The holder of this certificate is entitled to exercise the privileges of the related EASA FCL pilot licence subject to any limitations or conditions shown. |            |                           |            |            |
| The dates listed in this table are for information purposes only.                                                                                           |            |                           |            |            |
| * single-pilot commercial air transport operation carrying passengers (EASA Part-MED, A. 045a)                                                              |            |                           |            |            |

|                          |                  |                                            |
|--------------------------|------------------|--------------------------------------------|
| XIII Limitations<br>none | Further remarks: | no<br><input type="checkbox"/>             |
|                          |                  | yes<br><input checked="" type="checkbox"/> |
|                          |                  | IR checked                                 |

| Minimum periodic requirements                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |                                                                     |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Licence                                                                                                                                                                                                                                            | Class 1 - CPL,                                                                              | Class 2 - PPL                                                       | LAPL                                                           |
| Initial examination                                                                                                                                                                                                                                | Aeromedical Center (AeMC)                                                                   | Aeromedical Center (AeMC) or Aeromedical Examiner                   | Aeromedical Center (AeMC) or Aeromedical Examiner (AME) or GMP |
| Max. medical certificate validity                                                                                                                                                                                                                  | under 40: 12 months<br>40-59*: 6 months<br>40-59: 12 months<br>60 plus: 6 months            | under 40: 5 years<br>40-49: 2 years<br>50 plus: 12 months           | under 40: 5 years<br>40 plus: 2 years                          |
| Haemoglobin                                                                                                                                                                                                                                        | every examination                                                                           | if indicated                                                        | if indicated                                                   |
| X-Ray                                                                                                                                                                                                                                              | if indicated                                                                                | if indicated                                                        | if indicated                                                   |
| Elektrocardiogram                                                                                                                                                                                                                                  | Under 30 - 5 yearly<br>30-39 - 2 yearly<br>40-49 - Annually<br>50 and over: All reval/renew | initial at the first exam after age 40<br>50 plus: 2 yearly         | if indicated                                                   |
| Audiogram                                                                                                                                                                                                                                          | initial, then under 40 : 5 yearly<br>40 plus : 2 yearly                                     | initial instrument rating under 40 : 5 yearly<br>40 plus : 2 yearly | if indicated                                                   |
| Extended otorhinolaryngology                                                                                                                                                                                                                       | initial                                                                                     | if indicated                                                        | if indicated                                                   |
| Extended ophthalmology                                                                                                                                                                                                                             | initial, then according to EASA Part-MED                                                    | initial, then according to EASA Part-MED                            | if indicated                                                   |
| Lipid profile                                                                                                                                                                                                                                      | initial, then at age 40                                                                     | if indicated                                                        | if indicated                                                   |
| Pulmonary Peak Flow                                                                                                                                                                                                                                | initial, then if indicated                                                                  | if indicated                                                        | if indicated                                                   |
| Urinalysis                                                                                                                                                                                                                                         | every examination                                                                           | every examination                                                   | every examination                                              |
| The complete requirements are listed in EASA Part-MED.                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                     |                                                                |
| <b>Remark:</b><br>Any test may be required at any time if clinically indicated.<br>The periodicity of the examinations agrees with the EASA regulations. Sub-examinations may be anticipated in order to coincide with the periodical examination. |                                                                                             |                                                                     |                                                                |
| * single-pilot commercial air transport operation carrying passengers (EASA Part-MED, A. 045a)                                                                                                                                                     |                                                                                             |                                                                     |                                                                |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II | Medical class issued <b>1 / 2 / LAPL</b>                                                                                                                                                                                                                       |
| IX | Valid until<br><b>class 1 (CPL/ATPL)</b> 25/11/2021<br>comm. single-pilot with pax * 25/11/2021<br><b>class 2 (PPL)</b> 25/11/2025<br><b>LAPL</b> 25/11/2025<br>* single-pilot commercial air transport operation carrying passengers (EASA Part-MED, A. 045a) |
| X  | Date of issue / valid after <b>15/10/2020</b>                                                                                                                                                                                                                  |
| XI | AME<br>MEDEX<br>Dr. Rudy Despeghele<br>40 bus 10 Victor Hortaplein<br>1060 Brussel<br>E-mail: ecig-cema@medex.be<br>Signature                                                                                                                                  |
|    | AME ID: BE.MED.AME.1009                                                                                                                                                                                                                                        |

Code ID: 13981130:1752b46e97a:7fb

|     |                                                                                                            |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| III | Licence number<br><b>BE FCL 202240.A</b><br>Belgium                                                        |
| IV  | Last, first name of holder<br><b>SWENNEN, Jérémie</b>                                                      |
| XIV | Date of birth<br><b>03/06/1988</b>                                                                         |
| VI  | Nationality<br><b>Belgian</b>                                                                              |
| VII | Signature of holder<br> |

Belgian Civil Aviation Authority  
 (BCAA)  
 Federal Public Service  
 Mobility and Transport  
 EUROPEAN UNION  
**CLASS 1 / 2 / LAPL**  
**Medical Certificate**  
 pertaining to a Part-FCL licence  
 Issued in accordance with the EU regulation (EASA Part-MED). This medical certificate complies with ICAO standards, except for the LAPL medical certificate. Pertaining to a flight crew licence.  
 EASA Form 147 Issue 1





**BELGIQUE BELGIË BELGIEN BELGIUM**

N° du passeport / Paspoortnummer  
Pass-Nr / Passport no

BEL

Pass-Nr / Passport No.  
EP562931

1. Nom / Naam / Name / Surname  
**SWENNEN**



2. Prénoms / Voornamen / Vornamen / Given names

JÉRÉMIE NICOLAS J.

3. Nationalité / Nationaliteit  
Staatsangehörigkeit / Nationality

**BELGE**

5. Sexe / Geschlecht  
Geschlecht / Sex

M - M

7. Date de délivrance / Datum van afgifte  
Ausstellungsdatum / Date of issue

03 08 2017

8. Date d'expiration / Geldig tot  
Gültig bis / Date of expiry

02 08 2024

4. Date de naissance / Geboortedatum  
Geburtsdatum / Date of birth

03 06 1988

6. Lieu de naissance / Geboorteplaats  
Geburtsort / Place of birth

BRUXELLES

9. Autorité / Instantie  
Behörde / Authority

KRAAINEM

10. Signature du titulaire / Handtekening van de houder  
Unterschrift des Passinhabers / Holder's signature

5/24/11

P<BELSWENNEN<<JEREMIE<NICOLAS<J<<<<<<<<<<<<  
EP562931<9BEL8806035M2408024<<<<<<<<<<<<<06