

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : **DE SAAR** Prénoms : **BART J L P** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **09/09/1963**
 Lieu de naissance : **AALST, BELGIUM**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur BLUE	(205) Cheveux couleur BLOND	(206) Tension artérielle (assis) mmHG Systolique 120 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations/min 65 Rythme R.
---	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--	---

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) Bouche, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input 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) Neurologie- 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

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lue à 100cm	sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près sans correction avec correction

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

(232) Lunettes Oui Non Type :
 (233) Lentilles de contact Oui Non Type :

Réfraction éventuelle OD OG

Rapports annexés

	Date	normal	anormal
(238) ECG	20-09-19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) RX Thorax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Lipides sanguins	20-09-19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Fonction respiratoire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(245) Electro-encéphalogramme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(246) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

Nombre de tables présentées **6** Nombre d'erreurs **0**

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale et sa proposition d'aptitude (NE S'APPLIQUE PAS A UNE APTITUDE CLASSE 2)

(247 bis) Décision du médecin-chef ou du médecin agréé

APTE **INAPTE**

Restriction : (à apporter sur le certificat d'aptitude)
 - Port obligatoire d'une protection optique (+lunettes de secours en cabine)
 - Durée de validité limitée à ...
 - Vol de jour uniquement

► Renvol/concertation
 Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
 Décision N° du
 Libellé :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	------------------------------

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

(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) Lieu et date : **Dakar, 23 SEP 2019**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA, 3, Av. des Ambassades, DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence

BELGIUM

Numéro de certificat / Certificate number

BE.FEL100270H

Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder

ESAAAR, BART JOZEF L

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

03/09/1963

Nationalité / Nationality

BELGIAN

Signature du titulaire / Signature of holder

II Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour avec transport de passagers / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)

Classe 1, exploitation commerciale monopilote
Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

25 MAR 2020

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations

25 SEP 2020

Classe 2 / Class 2

25 SEP 2020

LAPL / LAPL

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

VNL

X Date de délivrance / Date of issue

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical /
Signature of issuing AME or medical assessor

XI Cachet / Stamp



Date de l'examen médical /
Date of medical examination

23 SEP 2019

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

20 SEP 2019

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

06 SEP 2019

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays EASA de délivrance de licence : BELGIUM		(2) Certificat médical sollicité Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> PNC <input type="checkbox"/>								
(3) Nom : DE SAAR		(4) Nom de jeune fille N/A	(12)							
(5) Prénoms : BART J L P		(6) Date de naissance 09/09/1963	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(13)						
(8) Lieu et pays de naissance : ARLST BELGIUM		(9) Nationalité : BELGIUM		(14) Type de licence désirée : ATPLH						
(10) Adresse permanente : VELDEKENSSTRAT 22 9070 DESTELBERGEN		(11) Adresse postale : (si différente) IDEM.		(15) Profession (principale) : PILOT						
Pays : BELGIUM N° de téléphone : 32473302537		(16) Employeur : HELICONIA		(17) Demier examen médical : Date : BELGIUM Lieu : 06/09/2018						
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance			(19) Conditions, limitations, dérogations : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ATPLH</td> <td style="width: 33%;">BE FCL 100270H</td> <td style="width: 33%;">BELGIUM</td> </tr> <tr> <td>JPL A</td> <td>IDEM</td> <td>LI</td> </tr> </table>			ATPLH	BE FCL 100270H	BELGIUM	JPL A	IDEM	LI		
ATPLH	BE FCL 100270H	BELGIUM								
JPL A	IDEM	LI								
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :			(21) Nombre total d'heures de vol : 12500	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 70						
Détails :			(23) Types d'avions actuellement utilisés : AW 139							
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :			(25) Type de vol envisagé : OFFSHORE							
Détails :			(26) Activité aérienne actuelle : Pilote seul <input type="checkbox"/> Equipage multi-pilotes <input checked="" type="checkbox"/>							
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne : ↓			(28) Faites vous habituellement usage de médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>							
(29) Etes vous fumeur ? Oui <input type="checkbox"/> Quantité : Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :			Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :							

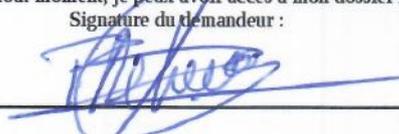
Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

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
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Positive au test VIH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les femmes seulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(102) Avez-vous porté ou portez vous et/ou des verres de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affectation gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Grossesse en cours	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie, rhume des foies, eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Asthme, tuberculose ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affectation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Refus d'assurance vie pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète, désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				(174) Maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie, autre maladie sanguine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Exemption ou réforme du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(112) Affection de la gorge ou du nez trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				(133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère 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. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au pôle médical, dans le respect du secret médical conformément à la réglementation en vigueur. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes dans le respect du secret médical à une autre section de médecine aéronautique d'un état membre de la communauté Européenne de l'espace économique européen et de la confédération suisse, étant entendu que ces documents sont destinés à l'examen médical d'aptitude. A tout moment, je peux avoir accès à mon dossier médical par une demande écrite au pôle médical.

Date : **20-09-19** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 

Datum van/Date of	Laatste Last	volgende keuring/next examination		
		class 1	class 2	LAPL
Medisch onderzoek Medical examination	06/09/2018	25/09/2019 25/03/2019*	25/09/2019	25/09/2020
Electrocardiogram ECG	06/09/2018	25/09/2019 25/03/2019*	25/09/2020	
Audiogram Audiogram	06/09/2018	25/09/2020	25/09/2020	
Uitgebreid med. onderzoek Extended medical	06/02/2008			

De houder van dit Medisch Certificaat is gerechtigd de voorrechten uit te oefenen van het bijhorende EASA FCL bewijs van bevoegdheid onder voorbehoud van de beperkingen en condities hieronder vermeld.
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.

De datums in deze tabel zijn louter informatief/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 Beperkingen of condities / Limitations or conditions
VNL CORRECTION POUR LA VISION DE PRES

Andere opmerkingen / Further remarks:

IR checked yes no

Medical certificate Minimum periodic requirements			
Licence	Class 1 - CPL,	Class 2 - PPL	LAPL
Initial examination	Aeromedical Center (AeMC)	Aeromedical Center (AeMC) or Aeromedical Examiner (AME)	Aeromedical Center (AeMC) or Aeromedical Examiner (AME)
Max. medical certificate validity	under 40: 12 months 40-59*: 6 months 40-59: 12 months 60 plus: 6 months	under 40: 5 years 40-49: 2 years 50 plus: 12 months	under 40: 5 years 40 plus: 2 years
Haemoglobin	every examination	if indicated	if indicated
X-Ray	if indicated	if indicated	if indicated
Electrocardiogram	Under 30 - 5 yearly 30-39 - 2 yearly 40-49 - Annually 50 and over; All reval/renew	initial at the first exam after age 40 50 plus: 2 yearly	if indicated
Audiogram	initial, then under 40 : 5 yearly 40 plus : 2 yearly	initial instrument rating under 40 : 5 yearly 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.

Remark:
Any test may be required at any time if clinically indicated.
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)

Klasse/Class
1 / 2 / LAPL

IX Geldig tot / Valid until
class 1 (CPL/ATPL) 25/09/2019
comm. single-pilot with pax.* 25/03/2019
class 2 (PPL) 25/09/2019
LAPL 25/09/2020

* single-pilot commercial air transport operation carrying passengers (EASA Part-MED. A. 045a)

X Datum van uitreiking / Date of issue 18/04/2019

XI Bevoegde keuringsarts / AME
Medical Department BCAA
Stephan DELRUE
56, Vooruitgangstraat
1210 Brussel

Handtekening/Signature

AME ID: BE AME 1016

Code ID: -670a6a97:16a29ab71cd:-7fd

II

III Nr. van het bewijs van bevoegdheid / Licence number
BE.MED.100270

IV Naam, en voornaam houder / Last, first name holder
DE SAAR, BART JOZEF T

XIV Geboortedatum / Date of birth
09/09/1963

VI Nationaliteit / Nationality
Belgian

VII Handtekening van houder / Signature of holder

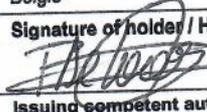
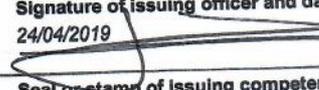
Belgium

Belgian Civil Aviation Authority (BCAA)

European Union
KLASSE
CLASS 1 / 2 / LAPL
Medisch Certificaat
Medical Certificate

Pertaining to a Part-FCL licence.
Issued in accordance with Part-MED.
This medical certificate complies with ICAO standards, except for the LAPL medical certificate.
EASA Form 147 Issue 1

Federal Public Service
Aerology and Transport

I	State of issue / Staat van aflevering Belgium	II	Titles of licences, date of initial issue and country ATPL(H) 07/07/2011 GB
III	Licence number / Bewijs van bevoegdheid nummer BE.FCL.100270.H	IX	Validity / Geldigheid The privileges of the licence shall be exercised only if the holder has a valid medical certificate for the required privilege. A document containing a photo shall be carried for the purposes of identification of the licence holder.
IV	Full name of holder / Volledige naam van de houder Bart De Saar	XII	Radiotelephony privileges The holder of this licence has demonstrated competence to operate R/T equipment on board aircraft in ENGLISH
IVa	Date and place of birth / Geboortedatum en plaats 09/09/1963 Aalst	XIII	Remarks / Opmerkingen This licence is automatically rendered valid as per the ICAO attachment to this licence Language Proficiency ENGLISH - Level 6 - unlimited validity
V	Address of holder / Adres van de houder Veldekensstraat, 22 9070 Destelbergen België		
VI	Nationality of holder / Nationaliteit van de houder België		
VII	Signature of holder / Handtekening van de houder 		
VIII	Issuing competent authority Belgium		
X	Signature of issuing officer and date 24/04/2019 		
XI	Seal or stamp of issuing competent authority 		

<p>Uitgegeven conform Deel-FCL Deze vergunning is conform met ICAO-standaarden, uitgezonderd van de bevoegdheden LAPL en EIR</p> <p>This licence complies with ICAO standards, except for the LAPL and EIR privileges</p> <p>Issued in accordance with Part-FCL</p> <p>FLUGBESATZUNGSLICENSEN LICENCE DE PERSONNEL NAVIGANT BEWIJS VAN BEVOEGDHEID VOOR VLEGEND PERSONNEEL FLIGHT CREW LICENSE</p> <p>EUROPEAN UNION  Federal Public Service Mobility and Transport <i>Belgian Civil Aviation Authority</i></p> <p>KONINKRIJK BELGIE ROYAUME DE BELGIQUE KONIGREICH BELGIEN</p>		<p>XII Ratings, certificates and privileges</p> <table border="1"> <tr> <td>Class/Type</td> <td>Valid until</td> <td>IR Cat.</td> <td>Valid until</td> <td>Remarks and Restrictions</td> </tr> <tr> <td>A139</td> <td>31/12/2019</td> <td>CAT1</td> <td>31/12/2019</td> <td>MP</td> </tr> <tr> <td>Instructors</td> <td>Valid until</td> <td>Remarks and Restrictions</td> <td colspan="2">Nil</td> </tr> <tr> <td>Examiners</td> <td>Valid until</td> <td>Remarks and Restrictions</td> <td colspan="2">Nil</td> </tr> </table>	Class/Type	Valid until	IR Cat.	Valid until	Remarks and Restrictions	A139	31/12/2019	CAT1	31/12/2019	MP	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																		
A139	31/12/2019	CAT1	31/12/2019	MP																		
Instructors	Valid until	Remarks and Restrictions	Nil																			
Examiners	Valid until	Remarks and Restrictions	Nil																			