



شهادة لياقة طبية للسفر جواً
Medical Certificate of Fitness for Air Travel

Name		الاسم	Age		العمر
Wisher		يرغب	Need	يحتاج	السفر جواً
From		من	To		الي

نوع المرض (إذا رغب الطبيب في ذكره)

Suffers from (diagnosis need not be stated if in doctor opinion such statement is contrary to his obligation of secrecy).

أقر بأن المريض يمكن ترحيله في كابينة مكيفة ☐ جالساً ☐ راقداً ☐ دون خطورة علي صحته / صحتها او الخطورة علي المسافرين الاخرين .

I consider that the patient can be transport in ☐pressurized cabin ☐sitting ☐ying without obvious risk for His/health,or danger for other passengers the disease is not disturbing or other passengers.

المسافر يحتاج ☐ لا يحتاج ☐ لمرضة خاصة او مرافق

The patient ☐need ☐doses not need a special nurse or attendant further

لا ☐ نعم ☐

هل المريض - الحامل يمكنه السفر جواً من غير مضاعفات

Is passenger fit to travel by air ☐ Yes ☐ No

ملاحظات اخرى :

Date:		التاريخ :	Signature of the Doctor		توقيع الطبيب
-------	--	-----------	-------------------------	--	--------------

Address		العنوان
---------	--	---------

Official Position		الوضع الوظيفي	Tel		رقم الهاتف
-------------------	--	---------------	-----	--	------------

BDR-CM-F 03