

MEDICAL CERTIFICATE
(National Road Traffic Act, 1996)

IMPORTANT TO READ

- (a) Write one capital letter per block. e.g. M O T O R I S bv.
- (b) Mark with a cross (X) where applicable. e.g. traffic register no. RSA ID foreign ID
verkeersregisternr. RSA ID buitelandse ID
- (c) Dates shall be written in year, month and day order. e.g. year : mth : day
jaar : mnd : dag
- (d) The eye test is excluded, but will be performed by the driving licence testing centre.

MEDIESE SERTIFIKAAT
(Nasionale Padverkeerswet, 1996)

BELANGRIK OM TE LEES

- (a) Skryf een hoofletter per blokkie.
- (b) Trek 'n kruis (X) in die toepaslike ruitjie.
- (c) Datums word in jaar, maand en dag volgorde geskryf.
- (d) Die oogtoets is uitgesluit, maar sal deur die bestuursoetsentrum gedoen word.

PARTICULARS OF MEDICAL PRACTITIONER

Type of acceptable identification (mark with X) traffic register no. RSA ID foreign ID
verkeersregisternr. RSA ID buitelandse ID

Identification number 7607185873184

Country of issue if foreign ID N/A

Surname MULONGOY

Initials and first names (not more than 3) LT - (initials/voorletters)

Health Professions Council of South Africa registration number 0852112

Address where notices must be served MAT HOMIO MALL
132 FOX STREET

Suburb MARS HALLTOWN

City/Town JOHANNESBURG

Telephone number 0111 - 3540036 (number/nommer)

BESONDERHEDE VAN MEDIESE PRAKTYSYN

Soort aanvaarbare identifikasie (merk met X) RSA ID foreign ID
verkeersregisternr. RSA ID buitelandse ID

Identifikasienommer 7607185873184

Land van uitreiking indien buitelandse ID N/A

Van

Voorletters en voornamme (hoogstens 3) LT -

Raad vir Gesondheidsberoep van Suid-Afrika registrasienommer 0852112

Adres waar kennisgewings beteken moet word MAT HOMIO MALL
132 FOX STREET

Voorstad MARS HALLTOWN

Stad/Dorp JOHANNESBURG

Telefoonnummer 0111 - 3540036 (number/nommer)

PARTICULARS OF APPLICANT

Type of acceptable identification (mark with X) traffic register no. RSA ID foreign ID
verkeersregisternr. RSA ID buitelandse ID

Identification number 0309206260080

Country of issue if foreign ID N/A

Surname MKHWANAZI

Initials and first names (not more than 3) M - (initials/voorletters)

Address where notices must be served 1830 GWEPUSSTREEK
VUSTMURZISECTION

Suburb TEMBISA

City/Town MIDRAND

Telephone number 01632 (postal code/postkode)

BESONDERHEDE VAN AANSOEKER

Soort aanvaarbare identifikasie (merk met X) RSA ID foreign ID
verkeersregisternr. RSA ID buitelandse ID

Identifikasienommer 0309206260080

Land van uitreiking indien buitelandse ID N/A

Van

Voorletters en voornamme (hoogstens 3) M -

Adres waar kennisgewings beteken moet word 1830 GWEPUSSTREEK
VUSTMURZISECTION

Voorstad TEMBISA

Stad/Dorp MIDRAND

Telefoonnummer 01632 (postal code/postkode)

TURN OVER

BLAAT OM

Medical practitioner's judgement on whether the applicant's condition in respect of the following disorders will affect the applicant's ability to drive a motor vehicle without endangering public safety:

Mediese praktisyn se oordeel of die aansoeker se toestand met betrekking tot die volgende ongesteldhede, die aansoeker se vermoë om 'n motorvoertuig te bestuur sonder om die publiek in gevaar te stel, sal beïnvloed:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| a. Diabetes mellitus (requiring medication). | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | a. Diabetes mellitus (benodig medikasie). |
| b. Thrombosis or any other coronary disease. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | b. Trombose of enige ander koronêre siekte. |
| c. Respiratory dysfunction. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | c. Asemhalingswanfunksie. |
| d. High blood pressure. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | d. Hoë bloeddruk. |
| e. Epilepsy, muscular, vascular or neuro muscular disease. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | e. Epilepsie, spier-, vasculêre of senuwee-aantastende siekte. |
| f. Mental, nervous or functional disease or psychiatric disorder. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | f. Brein, senuwee of funksionele siekte of sielkundige afwyking. |
| g. Loss of hearing (need for hearing aid should be recorded). | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | g. Verlies van gehoor (behoefte aan gehoortoestel moet aangeteken word). |
| h. Excessive use of intoxicating liquor, amphetamines, narcotics or any habit forming drug. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | h. Oormatige gebruik van sterk drank, amfetamines, dwelms of enige ander gewoonte-vormende middels. |
| i. Alcoholism. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | i. Alkoholisme. |
| j. Impairment of the use of an arm, hand or fingers, leg or foot. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | j. Aantasting van die gebruik van 'n arm, hand of vingers, been of voet. |
| k. Loss of limbs (leg, foot, arm or hand, need for artificial limbs should be recorded). | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | k. Verlies aan ledemate (been, voet, arm of hand, behoefte aan kunstledemate moet aangeteken word). |
| l. Any other disease or disability. | <input type="checkbox"/> yes
<input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> nee | l. Enige ander siekte of ongeskiktheid. |

If the answer to any of the above was "Yes", give full details:

Indien die antwoord op enige van die bostaande "Ja" was, verskaf volledige besonderhede:

*NB: Also indicate the following:

Is the applicant physically fit to do strenuous exercise: YES / NO

YES

DECLARATION	VERKLARING				
I, the medical practitioner:	Ek, die mediese praktisyn:				
(a) declare the applicant, excluding the eye test, for purposes of driving a motor vehicle, as	(a) verklaar die aansoeker, die oogtoets uitgesluit, vir doeleindes van die bestuur van 'n motorvoertuig, as				
(b) declare that all the particulars furnished by me in this form are true and correct; and	(b) verklaar dat alle besonderhede wat deur my op hierdie vorm verstrek is, waar en korrek is; en				
(c) realise that a false declaration is punishable with a fine or one year imprisonment or both.	(c) besef dat 'n vals verklaring strafbaar is met 'n boete of een jaar gevangenisstraf of beide.				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Signature <u>S. Mulongoy</u> Handtekening</p> <p>Place <u>132 Fox Str Marshalltown JHB.</u> Plek</p> <p>Date <u>2:0 2:6 01:4</u> Datum</p> <p style="text-align: center;">Y/J M D</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="0"> <tr> <td style="padding: 2px;">medically fit</td> <td style="padding: 2px;">medically unfit</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">medies geskik</td> <td style="padding: 2px;">medies ongeskik</td> </tr> </table> </div> </div>	medically fit	medically unfit	medies geskik	medies ongeskik	
medically fit	medically unfit				
medies geskik	medies ongeskik				

Dr L.T Mulongoy & Partners
 MBChB (UNILU)
 MP 0852112 / Pr 1193910

Date stamp of
 office of Doctor
 Datumstempel van
 kantoor van Dokter

Dr L.T Mulongoy & Partners
 MBChB (UNILU)
 MP 0852112 / Pr 1193910