

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

(1) Pays de délivrance de licence : ESPANA		(13) N° référence:	
(3) Nom : ALONSO SECO		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☒ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : MANUEL		(4) Nom de naissance	
(6) Date de naissance 23.12.1943		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance :		(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(9) Nationalité :		(14) Type de licence désirée : PPL ULM	
(10) Adresse permanente : ANTONIO MUÑOZ MANZANQUE 10 - TORRELODONES Pays : ESPAGNE N° de téléphone : +34 656 319815 Courriel : malonse@gmail.com		(15) Profession (principale) : INGENIEUR	
(11) Adresse postale : (si différente)		(16) Employeur : PRIVE	
(17) Dernier examen médical : Date : 5.7.2024 Lieu : MADRID		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails : ☒	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéros de licence Pays de délivrance ESP ECL 0007 00073507 ESPAGNE TULM MAF 8/TC 00066998 ESPAGNE		(21) Nombre total d'heures de vol : 3.650	
(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 ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 180	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : VANS RV8A, TECNAM, CESSNA	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé : VFR	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☐	
		(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ 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
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐
(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	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐
(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	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐
(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	☐
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☐	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐
				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie			

(30) Remarques : **USAGE AUDIPHONES ORS DU VOL**
Ablation laser postale (2020) = RAS.

(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. 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.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assessurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **18-06-2025.**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

DR PATRICK CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
2025-05-17 - 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 : **ALONSO SECO** Prénoms : **MANUEL** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **23.12.1943**
Lieu de naissance : **LEON - ESPAGNE**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 80 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 131 Diastolique 86	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 59 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Edite Suite. 18-06-2025. 81 ans. Ann 2 ans, Administrateur de Tubacuo. A le = 0. Spat = mait. 11/12/20

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

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

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☒	☐
Œil gauche	☐	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☒	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☒	☐
Œil gauche	☐	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☒	☐

(232) **Lunettes** Oui ☒ Non ☐
Type : **Sph**
Réfraction **Sph** Cylindre **Axe** Ajouter **Ajouter**
Œil droit **Sph** Œil gauche **Sph**

(233) **Lentilles de contact** Oui ☐ Non ☐
Type : **Sph**
Réfraction **Sph** Cylindre **Axe** Ajouter **Ajouter**
Œil droit **Sph** Œil gauche **Sph**

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIARA**
Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **1**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisés)
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

	Oreille droite	Oreille gauche
Oui	☒	☒
Non	☐	☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)
Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☐ Anormal ☐

(237) **Hémoglobine** **11,3** (g/dl)
Normal ☒ Anormal ☐

(248) **Commentaires, limitations :**
HAL - VNL
SIC - ORL
Apte - classe 2 - 05-07-2026

(235) **Analyse d'urine** Normale ☐ Anormale ☐
Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	18-06-2025	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	18-06-2025	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☒	☐
(241) Examen ORL	☐		☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☒	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☒	☐
(244) Divers(Sujet?) :	☐		☒	☐

(247 bis) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**

Avis : **Apte** Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
OGAC N°3857 - FAA-00773

(247) **Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

☒ **APTE pour la classe :**
☐ **certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :**
☐ **INAPTE pour la classe :**
☐ **Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer :**
le destinataire :
le motif :
Renvoi/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** ☐ **CLASSE 2** ☒ **LAPL** ☒ **PNC/CCA** ☐

(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 : **18-06-2025** Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
et lieu : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**
Fax : **33 01 44 00 00 00** E-mail : **patrick.correa@dgac.fr**
Telephone : **33 01 44 00 00 00** Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**
Numéro d'AME : **SN-MED-004**
OGAC N°3857 - FAA-00773
Réf Rapport examen médical 03.09.2019

REINO DE ESPAÑA
KINGDOM OF SPAIN



EUROPEAN UNION

CLASE 1, 2, LAPL
CLASS 1, 2, LAPL

CERTIFICADO MÉDICO
MEDICAL CERTIFICATE
Pertaining to a Part-FCL-Licence

Emitido de acuerdo con PARTE MED
Issued in accordance with Part MED

Este certificado Médico cumple con las normas de OACI
This medical certificate complies with ICAO standards

I. Autoridad de licencias/Licensing authority
España / Spain

III. Certificado nº / Certificate number:
E-99003473

IV. Apellidos y nombre del titular /
Last and first name of holder
ALONSO SECO, MANUEL

XIV. Fecha de nacimiento / Date of birth
23/12/1943

VI. Nacionalidad / Nationality
Española / Spanish

VII. Firma del titular / Signature of holder
La versión impresa debe ir firmada por el titular
The printed version must be signed by the holder

XIII. Limitaciones / Limitations
HAL VALIDA SOLO CUANDO SE UTILIZAN AYUDAS PARA LA AUDICIÓN /
VALID ONLY WHEN HEARING AIDS ARE WORN
VML DEBERÁ LLEVAR LENTES CORRECTORAS MULTIFOCALES / SHALL
WEAR MULTIFOCAL LENSES AND CARRY A SPARE SET OF
SPECTACLES
SIC INSTRUCCIONES ESPECIALES. CONTACTAR CON LA AMS / SPECIAL
INSTRUCTIONS - CONTACT AMS
OPL VALIDA SOLO SIN PASAJEROS / VALID ONLY WITHOUT PASSENGERS

X. Fecha de emisión / Date of issue
05/07/2024
Firma y nº del MEA/Signature and number of the issuing AME
Documento Firmado Electrónicamente / Document Electronically Signed

XI. Sello/Stamp
MANUEL JIMENEZ GARCIA-E-AME-2159

ED.A.020 Disminución de la aptitud médica
1) Los titulares de licencias no deberán ejercer en ningún caso las atribuciones de su licencia, ni las habilitaciones o autorizaciones correspondientes, y los alumnos pilotos no podrán volar solos, si:
1) son conscientes de que se ha producido una disminución de su aptitud médica que pudiera incapacitarlos para ejercer con seguridad dichas atribuciones;
2) toman o utilizan algún medicamento, prescrito o no, que pudiera interferir con su capacidad para ejercer con seguridad las atribuciones de la licencia;
3) reciben algún tratamiento médico, quirúrgico o de otro tipo, que pudiera interferir con el ejercicio seguro de las atribuciones de la licencia.
Además, los titulares de un certificado médico deberán, sin demora innecesaria y antes de ejercer las atribuciones de su licencia, consultar con un AMC, AME o GMP, según el caso, si:
1) han sido sometidos a una intervención quirúrgica o procedimiento médico de carácter invasivo;
2) han comenzado a usar medicamentos de manera regular;
3) han sufrido cualquier lesión personal importante que implique una incapacidad para trabajar como miembro de una tripulación de vuelo;
4) han sufrido cualquier enfermedad importante que implique una incapacidad para trabajar como miembro de una tripulación de vuelo;
5) han sido hospitalizados o ingresados en un centro de atención de salud;
6) han sido hospitalizados o ingresados en una clínica;
7) necesitan por vez primera lentes correctoras.

ED.A.020 Decrease in medical fitness
1) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence at any time when they:
1) are aware of any decrease in their medical fitness that might render them unable to safely exercise those privileges;
2) take or use prescribed or non-prescribed medication that is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence; or
3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aeromedical advice when they:
1) have undergone a surgical operation or invasive procedure;
2) have begun the regular use of any medication;
3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;
4) have suffered any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;
5) are pregnant;
6) have been admitted to hospital or medical clinic; or
7) have been required to wear corrective lenses for the first time.

IX. Fecha de vencimiento de este certificado / Expiry date of this Certificate	Clase 1: operaciones comerciales con un solo piloto transportando pasajeros / Class 1: Single pilot commercial operations carrying passengers
	Clase 1/Class1
	Clase 2/Class2
	LAPL
	05/07/2025
	05/07/2025
Fecha de pruebas / Examination date	
Reconocimiento médico / Medical examination	15/05/2024
Último ECG / Last ECG	15/05/2024
Último audiograma / Last audiogram	15/05/2024

REINO DE ESPAÑA
KINGDOM OF SPAIN



LICENCIA DE ULTRALIGERO
ULTRALIGHT LICENCE

Emitida de acuerdo con normativa nacional
Issued in accordance with national regulations

II. Licencia / Fecha de emisión inicial / Código de País
Titles of Licences / Date of initial issue / Country Code
TULM 17/12/2015 E

XII. Habilitaciones, certificados y atribuciones / Ratings,
certificates and privileges

Clase / Tipo	Observ. / Restric.	Válida hasta.
Class / Type	Remarks / Restr.	Valid until

R/TC		
MAF		31/12/2025

***** No hay más habilitaciones / No more ratings *****

Certificados de Examinador / Examiner Certificates:

***** No hay examinadores / No examiners *****

XIII. Observaciones / Remarks

- I. Estado Emisor / State of issue
ESPAÑA
- III. N° de Licencia / Licence Number
00066998
- IV. Apellidos y nombre del titular / Last and first name
ALONSO SECO, MANUEL
- IV/XIV. Fecha y Lugar de nacimiento / Date and place of birth
23/12/1943 LEON ESPAÑA
- V. Dirección / Address
CALLE VENECIA, 16
28420 PARQUELAGOS - GALAPAGAR MADRID
- VI. Nacionalidad / Nationality
ESPAÑOLA
- VII. Firma del titular / Signature of holder
La versión impresa debe ir firmada por el titular
The printed version must be signed by the holder
- VIII. Autoridad emisora / Issuing Authority
Agencia Estatal de Seguridad Aérea
- X. Firma del emisor y fecha / Signature of issuing officer and date
Director DGSPV P.D.F. Jefa de División 27/08/2024
Ver firma electrónica / See electronic signature
- XI. Sello de la autoridad / Seal of issuing Authority
Ver CID / See CID

Abreviaturas asociadas a esta Licencia /
Abbreviations used in this licence.

TULM	Piloto de Ultraligero
MAF	Multieje de ala fija
R/TC	Radiotelefonía Castellano
E	España / Spain

Esta licencia ha sido emitida y firmada electrónicamente.
Este documento solo será válido si incluye el Código de
Identificación del Documento (CID) y el QR.

This licence has been electronically issued and signed.
This document will only be valid if it includes the Document
Identification Code (CID) and the QR.

Identificador Electrónico (Document ID): AESAPGPARHLI00019CHRLSDB88QGDA

Permite comprobar la integridad de este documento en (Allows to verify this document on):
<http://www.seguridadaerea.gob.es> > Sede Electrónica (Oficina virtual) > Comprobación documental

III/III



SEVA

**AGENCIA ESTATAL
DE SEGURIDAD AÉREA**

EUROPEAN UNION

LICENCIA DETRIPULACIÓN DEVUELO

FLIGHT CREW LICENCE

Emitida de acuerdo con PARTE-FCL
Issued in accordance with Part-FCL

**Esta licencia cumple con las normas de OACI
This licence complies with ICAO standards**

[illegible]

0016522

I. Estado Emisor / State of issue

ESPAÑA

III. N° de Licencia / Licence Number

00066998

IV. Apellidos y nombre del titular / Last and first name

ALONSO SECO, MANUEL

IVa/XIV Fecha y Lugar de nacimiento / Date and place of birth

23/12/1943 LEON ESPAÑA

V. Dirección / Address

CALLE VENECIA, 16

28420 PARQUELAGOS - GALAPAGAR MADRID

VI. Nacionalidad / Nationality

ESPAÑOLA

VII. Firma del titular / Signature of holder



VIII. Autoridad emisora / Issuing Authority

Directora DSA P.D. (07/02/2017) Director DSA TI

X. Firma del emisor y fecha / Signature of issuing officer and date

P.D.F. (02/07/2018) Jefa de Servicio 04/12/2019



XI. Sello de la autoridad / Seal of issuing Authority



II. Licencia / Fecha de emisión inicial / Código de País

TULM 17/12/2015 E

XIII. Observaciones / Remarks

XII. Habilitaciones, certificados y atribuciones / Ratings, certificates and privileges

Clase / Tipo

Observ. / Restr.

Remarks / Restr.

R/TIC

MAF

***** No hay más habilitaciones / No more ratings *****

Certificados de Examinador / Examiner Certificates:

***** No hay examinadores / No examiners *****

Abreviaturas asociadas a esta Licencia

TULM

MAF

R/TIC

E

Piloto de Ultraligero

Mujerie de ala fija

Radiofonia Castellano

España / Spain

A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

CLASSE 2 / LAPL
CLASS 2 / LAPL

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

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

III Numéro de certificat / Certificate number
ESP-FCL 00073507

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

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of
birth (DD/MM/YYYY)
23-12-1943

VI Nationalité / Nationality

VII Signature du titulaire / Signature of holder
Espagnol

MED-A.020 Diminution de l'aptitude médicale

- a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :
- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
 - 2) prennent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
 - 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.
- b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :
- 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou un non exercice de privilèges ;
 - 2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
 - 3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
 - 4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
 - 5) en cas de grossesse ;
 - 6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
 - 7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

II Certificat médical de Classe 2
Class 2 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour
(JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate
for (DD/MM/YYYY)

Classe 2 / Class 2

05-07-2026

LAPL / LAPL

18-06-2027

MED-A.020 Decrease in medical fitness

- a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related privileges or certificates at any time when they :
- 1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
 - 2) take medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
 - 3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
- b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :
- 1) have undergone surgical operation or invasive procedure ;
 - 2) have commenced the regular use of any medication ;
 - 3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
 - 4) have been suffering during significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
 - 5) are pregnant ;
 - 6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
 - 7) first require correcting lenses.

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

H41-VML
SII-01L

X Date de délivrance / Date of issue

18-06-2025

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

XI Cachet / Stamp
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3167 - F4A-09773

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

18-06-2025

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

18-06-2025

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

18-06-2025

PAH361722 Y

12 07 2028

ESPAÑA



PASAPORTE

PASSPORT

Tipo/Type/Type

Código / Code / Code

PASAPORTE N°/PASSPORT No/PASSEPORT N°

P

ESP

PAH361722

(1) Apellidos/Sumame/Nom

ALONSO
SECO

(2) Nombre/ Given Names/ Prénoms

MANUEL

(3) Nacionalidad/Nationality
ESPAÑOLA

(5) Sexo/Sex/Sexa

M

A - Fecha de nacimiento / Date of birth / Date de naissance

23 12 1943

441214

A0962025300

(6) Lugar de nacimiento/Place of birth/Lieu de naissance

LEON (LEON)

(7) Fecha de expedición / Date of issue / Date de délivrance

(2) Fecha de caducidad Date of expiry Date of expiration

12 07 2018

12 07 2028

(10) Firma del titolare/Holder's signature/Signature du titulaire

DGP-45669A6P1

322432

P<ESPALONSO<SECO<<MANUEL<<<<<<<<<<<<<<<<<<

PAH3617229ESP4312231M2807122A0962025300<<<94