

**SERVICE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE DU TRAVAIL****Port-Gentil / GABON****CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE**Nom : **MAKOSSO KOUETE**Prénom : **Jonas**Date de naissance **25.02.1984**Poste de travail : **SOUDEUR**Société : **SNPS**Salarié bénéficiant d'un suivi individuel renforcé (SIR) ☐ OUI ☒ NONJe soussigné, **Dr Audrey KONGO**, Médecin du travail certifie avoir examiné ce jour ;**M/Mme/Mlle MAKOSSO KOUETE Jonas**

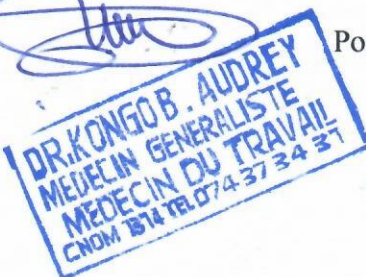
Avoir constaté qu'il/elle ne présente pas de signes cliniques et para cliniques de maladies physiques ou psychologiques contre-indiquant la pratique de son activité professionnelle.

Il/elle est apte à travailler en qualité de **SOUDEUR****NATURE DE L'EXAMEN**

|                                            |                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visite d'embauche | <input checked="" type="checkbox"/> Visite périodique<br>Date de la précédente visite :<br>Date du précédent examen si SMR : | <input type="checkbox"/> Visite de reprise<br>• Maternité<br>• Maladie professionnel<br>• Accident de travail<br>• Cause non professionnel | <input type="checkbox"/> Visite à la demande<br>• Du salarié<br>• De l'employeur<br>• Du médecin<br>• Autres cas |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Conclusion :**

|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>APTE</b><br>➤ <u>A travailler en on &amp; offshore</u><br>➤ A la base/atelier/Magasin<br>➤ En capacité et/ou sous ARI<br>➤ Statu vaccinal : | <input type="checkbox"/> <b>INAPTE</b><br>➤ A travailler en on & offshore<br>➤ A la base/atelier/magasin<br>➤ En capacité et/ou sous ARI |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Certificat valable pour une durée de 12 mois****Date de la prochaine visite : 10.07.2026**  


**DR. KONGO B. AUDREY**  
**MEDECIN GENERALISTE**  
**MEDECIN DU TRAVAIL**  
CNOM 1314 TR 074 37 34 31

Port-Gentil le, 11.07.2025