

CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

 Nom : **MBOUMBA**

 Prénom : **Brice**

 Date de naissance : **27.10.1976**

 Poste de travail : **SUPERVISEUR TRAVAUX**

 Société : **SNPS**

 Salarié bénéficiant d'un suivi individuel renforcé (SIR) ☐ OUI ☒ NON

 Je soussigné, **Dr Audrey KONGO**, Médecin du travail certifie avoir examiné ce jour ;

 M/Mme/Mlle **MBOUMBA Brice**

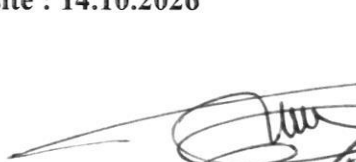
Avoir constaté qu'il/elle ne présente pas de signes cliniques et para cliniques de maladies physiques ou psychologiques contre-indiquant la pratique de son activité professionnelle.

 Il/elle est apte à travailler en qualité de **SUPERVISEUR TRAVAUX**

NATURE DE L'EXAMEN			
☐ Visite d'embauche	☒ Visite périodique Date de la précédente visite : Date du précédent examen si SMR :	☐ Visite de reprise • Maternité • Maladie professionnel • Accident de travail • Cause non professionnel	☐ Visite à la demande • Du salarié • De l'employeur • Du médecin • Autres cas

Conclusion :

☒ APTE ➤ A travailler à la base, en on & offshore ➤ A la base/atelier/Magasin ➤ En capacité et/ou sous ARI ➤ Statu vaccinal :	☐ INAPTE ➤ A travailler en on & offshore ➤ A la base/atelier/magasin ➤ En capacité et/ou sous ARI
---	---

Certificat valable pour une durée de 12 mois
Date de la prochaine visite : 14.10.2026



Port-Gentil le, 15.10.2025