

CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLENom : **MOUKANI MAMBO**Prénom : **Landry**Date de naissance : **10.06.1975**Poste de travail : **OPERATEUR**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 **MOUKANI MAMBO Landry**

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 **OPERATEUR**

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 ➤ <u>A la base/atelier/Magasin</u> ➤ 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 : 16.09.2026**


Port-Gentil le, 17.09.2025