

CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLENom : **MOUSSAVOU**Prénom : **RUFIN**Date de naissance : **20.09.1958**Poste de travail : **CHEF 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 **MOUSSAVOU RUFIN**

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 **CHEF 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 ➤ 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 : 07.10.2026**

Port-Gentil le, 08.10.2025