

**CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE**Nom : **OBAME ONDO**Prénom : **Placide**Date de naissance : **30.02.1988**Poste de travail : **LABORANTIN**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 **OBAME ONDO Placide**

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 **LABORANTIN****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 <ul style="list-style-type: none"><li>• Maternité</li><li>• Maladie professionnel</li><li>• Accident de travail</li><li>• Cause non professionnel</li></ul> | <input type="checkbox"/> Visite à la demande <ul style="list-style-type: none"><li>• Du salarié</li><li>• De l'employeur</li><li>• Du médecin</li><li>• Autres cas</li></ul> |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Conclusion :**

|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>APTE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ A travailler en on &amp; offshore</li><li>➤ A la base/atelier/Magasin</li><li>➤ En capacité et/ou sous ARI</li><li>➤ Statu vaccinal :</li></ul> | <input type="checkbox"/> <b>INAPTE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ A travailler en on &amp; offshore</li><li>➤ A la base/atelier/magasin</li><li>➤ En capacité et/ou sous ARI</li></ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Certificat valable pour une durée de 12 mois****Date de la prochaine visite : 22.07.2026**

Port-Gentil le, 23.07.2025

  
**Dr KONGO B. Audrey**  
Médecin Généraliste  
Médecin du Travail  
074 37 34 31