

**CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE**Nom : **WAGHA**Prénom : **Raphael**Date de naissance : **21.03.1980**Poste de travail : **DERICK MAN**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 WAGHA Raphael**

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 **DERICK MAN**.

| NATURE DE L'EXAMEN                         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visite d'embauche | <input 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 :**☐ **APTE**

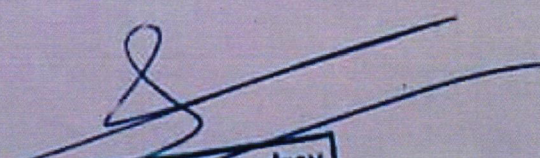
- A travailler à la base, en on & offshore
- A la base/atelier/Magasin
- En capacité et/ou sous ARI
- Statu vaccinal :

☐ **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 : 09.10.2026**

Port-Gentil le, 10.10.2025

  
**Dr KONGO B. Audrey**  
Généraliste