

CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

 Nom : **MABIALA**

 Prénom : **Freddy Alfunk**

 Date de naissance : **06.04.1991**

 Poste de travail : **RASTABOOT**

 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 :

~~Mme/Mlle~~ **MABIALA Freddy Alfunk**

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 **RASTABOOT**
NATURE DE L'EXAMEN

<input checked="" type="checkbox"/> Visite d'embauche	<input type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite : Juin 2024 Date du précédent examen si SMR :	<input type="checkbox"/> Visite de reprise <ul style="list-style-type: none"> • Maternité • Maladie professionnelle • Accident de travail • Cause non professionnelle 	<input type="checkbox"/> Visite à la demande <ul style="list-style-type: none"> • Du salarié • De l'employeur • Du médecin • Autres cas
---	--	---	---

Conclusion :

<input checked="" type="checkbox"/> APTE <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>A travailler en on & offshore</u> ➤ A la base/atelier/Magasin ➤ En capacité et/ou sous ARI ➤ Statu vaccinal : 	<input type="checkbox"/> INAPTE <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 : **02.06 .2026**



Port-Gentil le. 03/06/2025