

SERVICE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE DU TRAVAIL

Port-Gentil / GABON

CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Nom : **MBOUITY NGOMA**

Prénom : **Dario**

Date de naissance : **02.08.1982**

Poste de travail : **HTM** 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 :

~~M~~Mme/Mlle **MBOUITY NGOMA Dario**

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 **HTM**

NATURE DE L'EXAMEN


<input type="checkbox"/> Visite d'embauche	<input checked="" type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite : Date du précédent examen si SMR :	<input type="checkbox"/> Visite de reprise • Maternité • Maladie professionnelle • Accident de travail • Cause non professionnelle	<input type="checkbox"/> Visite à la demande • Du salarié • De l'employeur • Du médecin • Autres cas
--	--	--	--

Conclusion :

<input checked="" type="checkbox"/> APTE ➤ <u>A travailler en on & offshore</u> ➤ A la base/atelier/Magasin ➤ En capacité et/ou sous ARI ➤ Statu vaccinal :	<input type="checkbox"/> 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 : 26 .05 .2026



Port-Gentil le, 27/05/2025