

## CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Nom : **MENVIE**

Prénom : **Yannick**

Date de naissance : **14.12.1988**

Poste de travail : **AIDE SONDEUR**

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 **MENVIE Yannick**

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 d'**AIDE SONDEUR**

### NATURE DE L'EXAMEN

<input type="checkbox"/> Visite d'embauche	<input checked="" type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite : <b>3 mois</b> 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"/> <b>APTE</b> ➤ <u>A travailler en on &amp; offshore</u> ➤ A la base/atelier/Magasin ➤ En capacité et/ou sous ARI ➤ Statu vaccinal :	<input type="checkbox"/> <b>INAPTE</b> ➤ 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**

*Signature*  


Port-Gentil le. 27/05/2025