

**CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE**Nom : **MOUKANI**Prénom : **Rêve Charly**Date de naissance : **24.11.1991**Poste de travail : **HELPPER**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~~ **MOUKANI Rêve Charly**

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 **HELPPER****NATURE DE L'EXAMEN**

<input type="checkbox"/> Visite d'embauche	<input checked="" type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite : <i>moins de 3 mois</i> Date du précédent examen si SMR :	<input type="checkbox"/> Visite de reprise <ul style="list-style-type: none"><li>• Maternité</li><li>• Maladie professionnelle</li><li>• Accident de travail</li><li>• Cause non professionnelle</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 : **25 .05 .2026**  


Port-Gentil le, 26/05/2025