

**CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE**

Nom : **MOUKETOU** Prénom : **Cédric**

Date de naissance : **15.06.1985**

Poste de travail : **MAINTENANCIER** 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<sup>me</sup>-M<sup>lle</sup> **MOUKETOU Cédric**

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 **MAINTENANCIER**

**NATURE DE L'EXAMEN**


|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visite d'embauche | <input checked="" type="checkbox"/> Visite périodique<br>Date de la précédente visite : <b>Juin 2024</b><br>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>➤ <u>A travailler en on &amp; offshore</u></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 : **03.06 .2026**



Port-Gentil le, 04/06/2025