

CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Nom : **MVE EDZO**

Prénom : **Patrick**

Date de naissance : **15.11.1978**

Poste de travail : **SOUDEUR**

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 **MVE EDZO Patrick**

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 **SOUDEUR**

NATURE DE L'EXAMEN

<input type="checkbox"/> Visite d'embauche	<input checked="" type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite : Mai 2024 Date du précédent examen si SMR :	<input type="checkbox"/> Visite de reprise <ul style="list-style-type: none"> • Maternité • Maladie professionnel • Accident de travail • Cause non professionnel 	<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 : 30 .05 .2026



DR KONGO B. AUDREY
MEDECIN GENERALISTE
MEDECIN DU TRAVAIL
CNOM 1314 TEL 074 37 34 31

Port-Gentil le, 31/05/2025