

**CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE**

 Nom : **OBIANG LOEMBET**

 Prénom : **Yannick Nguele**

 Date de naissance : **05.03.1988**

 Poste de travail : **HSE**

 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 **OBIANG LOEMBET Yannick Nguele**

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 **HSE**
**NATURE DE L'EXAMEN**

<input type="checkbox"/> Visite d'embauche	<input checked="" type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite : <b>17-04-24</b> Date du précédent examen si SMR :	<input type="checkbox"/> Visite de reprise <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maternité</li> <li>• Maladie professionnel</li> <li>• Accident de travail</li> <li>• Cause non professionnel</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 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 : **25 .05 .2026**



Port-Gentil le, 26/05/2025