

CETIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLENom : **TONJOKOUE MAPOUTI**Prénom : **Hans Alphonse**Date de naissance : **04.06.1998**Poste de travail : **TECHNICIEN**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 TONJOKOUE MAPOUTI Hans Alphonse**

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 **TECHNICIEN**

NATURE DE L'EXAMEN			
<input checked="" type="checkbox"/> Visite d'embauche	<input type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite : 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">➤ A travailler en on & offshore➤ 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 : 01.06 .2026**


Port-Gentil le, 02/06/2025