

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE MANDJI

SERVICE INTERPROFESSIONNEL DE MEDECINE DU TRAVAIL

NOUVEAU PORT BP : 565 / Tel : 00 241 07 02 31 42 / Fax : 00 241 56 43 33



Docteur MACALOU

Médecin Généraliste

Spécialiste en Santé et Sécurité au Travail.

CNOM :

Port-Gentil 04/02/2025,

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION MEDICALE AU POSTE DE TRAVAIL

Identification de l'entreprise : **ETSL** Mise à jour de la fiche d'entreprise (02/01/2025.....)

NOM : MBOUMBA

PRENOM : SANDRO

Date de naissance : Le 21/08/1990 A : PORT GENTIL

Date d'embauche : 01//2025

POSTE : SUPERVISEUR HSE

Salarié bénéficiant d'un suivi individuel renforcé (SIR) : Oui * Non

Nature de l'examen			
Visite d'embauche	<input checked="" type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite périodique : Le cas échéant date du précédent entretien infirmier : Date du précédent examen de nature médicale si SMR : <u>*Vacciné covid 19 : PFIZER</u>	<input type="checkbox"/> Visite de reprise <input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Accident ou maladie non professionnel	<input type="checkbox"/> Visite à la demande <input type="checkbox"/> Du salarié <input type="checkbox"/> De l'employeur <input type="checkbox"/> Du médecin du travail (en cas d'inaptitude envisagée) <input type="checkbox"/> Autres cas

Conclusions :

Je soussigné, Dr, Médecin et Spécialiste en Santé et Sécurité au Travail, certifie avoir examiné ce jour **MR : MBOUMBA SANDRO 35 ans** de nationalité **GABONAISE** et avoir constaté après exploration clinique et para clinique qu'elle ne présente aucune contre-indication médicale à son poste de travail.
il est déclaré ce jour :

<input checked="" type="checkbox"/> Apte sans restriction Apte avec restriction : A travailler Comme : SUPERVISEUR HSE <input checked="" type="checkbox"/> EN ONSHORE <input type="checkbox"/> EN OFFSHORE <input type="checkbox"/> A LA BASE Ne présente aucune comorbidité liée au SARS-COV-2 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> Inapte	
Date de l'examen : 04/02/ 2025	VALIDITE : 12 MOIS. Prochaine visite : 03/02/2026	Nom et signature du médecin Docteur

En foi de quoi le présent certificat est délivré et remis en main propre pour servir et valoir ce que de droit.