

Je soussigné, **Dr Assietou Rachid CAMARA**, Certifie avoir examiné **FOFANA KALOU**

|                   |                                 |
|-------------------|---------------------------------|
| CATEGORIE         | <b>B3</b>                       |
| D. NAISSANCE      | 12/01/1988                      |
| POSTE DE TRAVAIL  | OPERATEUR CRAWLER EXCAVATOR 200 |
| NUMERO            | 621951595                       |
| MATRICULE         | XXXXX                           |
| LIEU DE RESIDENCE | BEYLA                           |
| MOTIF             | VISITE ANNUELLE                 |
| ENTREPRISE        | GROUPE BCEIP                    |

Et le déclare :

☒ Apte au poste de travail occupé

## Observation:

NEANT

Conakry, le 17/02/2025

Le Médecin du travail



Le Directeur General  
MEDVIE



**Ce certificat est valide pour une année au maximum\*, à partir de la date de délivrance**

Si des personnes ont cessés leurs activités et qu'elles sont (ou ne sont) atteintes ou sont porteuses d'une maladie pendant l'exercice de leur travail, elles ne peuvent reprendre leurs activités qu'après avoir obtenu un nouveau certificat

Adresse: Prima Center, Commune de Ratoma, Conakry, Rép. de Guinée

Tel: +224 621 72 49 21 - E-mail: [info@medviegn.com](mailto:info@medviegn.com)