

Je soussigné, **Dr Assietou Rachid CAMARA**, Certifie avoir examiné **CONDE MOHAMED**

CATEGORIE

**B3**

D. NAISSANCE

12/02/1978

POSTE DE TRAVAIL

OPERATEUR BUS

NUMERO

613052726

MATRICULE

XXXX

LIEU DE RESIDENCE

BEYLA

MOTIF

VISITE ANNUELLE

ENTREPRISE

IBS GROUP

Et le déclare :

☒ Apte au poste de travail occupé

## Observation:

NEANT

Conakry, le 18/02/2025

**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)**