

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

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| CATEGORIE         | <b>B3</b>                 |
| D. NAISSANCE      | 08/10/1993                |
| POSTE DE TRAVAIL  | OPERATEUR GRUE            |
| NUMERO            | 621725734                 |
| MATRICULE         | XXXXXXXX                  |
| LIEU DE RESIDENCE | BEYLA                     |
| MOTIF             | PRE-EMBAUCHE              |
| ENTREPRISE        | SOCIETE GENERALE FELLA SA |

Et le déclare :

☒ Apte au poste de travail sollicité

## Observation:

NEANT

Conakry, le 03/03/2025

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)