

Je soussigné, **Dr Assietou Rachid CAMARA**, Certifie avoir examiné **CISSE HABILA**

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| CATEGORIE         | <b>A2</b>                |
| D. NAISSANCE      | 22/07/1991               |
| POSTE DE TRAVAIL  | MANOEUVRE                |
| NUMERO            | 613541587                |
| MATRICULE         | XXXX                     |
| LIEU DE RESIDENCE | MORIBADOU                |
| MOTIF             | TRAVAILLEURS JOURNALIERS |
| ENTREPRISE        | IBS GROUP                |

Et le déclare :

☒ Apte au poste de travail sollicité

## Observation:

NEANT

Conakry, le 10/04/2025

### 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)