

Je soussigné, **Dr Assietou Rachid CAMARA**, Certifie avoir examiné **SYLLA FOULEMATOU**

| CATEGORIE | A1 |
|-------------------|-----------------|
| D. NAISSANCE | 23/10/1993 |
| POSTE DE TRAVAIL | RECEPTIONISTE |
| NUMERO | 628381738 |
| MATRICULE | XXXXX |
| LIEU DE RESIDENCE | SIATOIRO |
| MOTIF | VISITE ANNUELLE |
| DATE DE VISITE | 14/10/2025 |
| ENTREPRISE | WELHY-CIS |

Et le déclare :

- **Apte au poste de travail occupé**

Observation:

NEANT

Conakry, le 16/10/2025

Le Médecin du travail



Camera



Le Directeur Général

MEDVIE



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

Si des personnes ont cessé 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