

Je soussigné, **Dr Assietou Rachid CAMARA**, Certifie avoir examiné **KABA DIAKA**

**CATEGORIE****D. NAISSANCE**

05/12/2025

**POSTE DE TRAVAIL**

ASSISTANTE PERSONNELLE DRH

**NUMERO**

626117048

**MATRICULE**

TEST 000000

**LIEU DE RESIDENCE**

KALOUM CONAKRY

**MOTIF**

VISITE ANNUELLE

**DATE DE VISITE**

05/12/2025

**ENTREPRISE**

TEST

Et le déclare :

☒ Apte au poste de travail occupé

**Observation:**

NEANT

Conakry, le 05/12/2025

**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**