

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

ÂGE	44 ans.
POSTE DE TRAVAIL	MANOEUVRE
MATRICULE	XXXX
LIEU DE RESIDENCE	WATAFREDOU
MOTIF	VISITE ANNUELLE
ENTREPRISE	IBS GROUP

Et le déclare :

- ☒ **Apte au poste de travail occupé**
- ☐ Apte au poste de travail occupé aménagement
- ☐ Apte au poste de travail occupé avec restriction
- ☐ Apte au poste occupé sous réserve d'une consultation
- ☐ Inapte temporaire au poste de travail occupé
- ☐ Inapte définitif au poste de travail occupé avec reclassement
- ☐ Inapte définitif

Observation:

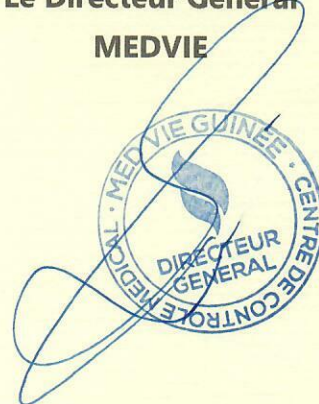
NEANT

Conakry, le 09/07/2024

Le Médecin du travail



**Le Directeur General
MEDVIE**



Approbation Service National de Santé au Travail (SNST)



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