

Je soussigné, _____, Certifie avoir examiné _____

ÂGE 28 ans.

POSTE DE TRAVAIL _____

MATRICULE XXXXX

LIEU DE RESIDENCE _____

MOTIF TRAVAILLEURS JOURNALIERS

ENTREPRISE _____

Et le déclare :

- ☒ Apte au poste de travail sollicité
- ☐ Apte au poste de travail sollicite aménagement
- ☐ Apte au poste de travail sollicite avec restriction
- ☐ Apte au poste sollicite sous reserve d'une consultation
- ☐ Inapte temporaire au poste de travail sollicité
- ☐ Inapte définitif au poste de travail sollicite avec reclassement
- ☐ Inapte définitif

Observation:

NEANT

Conakry, le 27/08/2024

Le Médecin du travail



Le Directeur General
MEDVIE



Approbation Service National de Santé au Travail (SNST)



Ce certificat est valide pour quinze jours 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