

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Je soussigné, ...FALIMANANA Jels Jels... Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné cliniquement et biologiquement,

Mr-Mme-Melle...FRANÇOIS DE PAUL...Frédéric...

Employé(e)...Sté...V. VAN MAILLA...

Et constate que l'intéressé(e) est : APTE INAPTE

Fait à...Sambava... Le...23/04/2026

Le Médecin traitant.



FRANCOIS DE PAUL

THOMAS

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION SUR L'EXAMEN MEDICAL

(Cette copie est à envoyer à l'employeur)

EVALUATION:

☒ Apte pour travailler, sans aucune restrictions.

Apte à travailler mais avec des contrôles périodiques tous

les.....

☐ 3 mois

☐ 6 mois

☐ 1 an

☐ autres

☐ Temporairement disqualifié (Condition ou traitement):.....

☐ Revoir le Médecin examinateur pour compléter:.....

☐ INAPTE

Signature du Médecin Examineur:

Falimanana

Nom et Prénoms du Médecin Examineur:

Adresse:

N° Tél: 03 2 40 638 54

