

Fiche d'aptitude physique au travail/ Certificat médical

Nom et prénom de l'employé: ELALAOUI ELAMRANI AMINE

Société: ERT

CIN: WA291371

Date de naissance: 08/05/1999

Nature de la fonction: Ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée:

2) Inapte au travail:

- Temporairement (indiquer la période d'inaptitude):
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires)

Barrer la mention inutile: Argumentez:

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

Date d'établissement 24/06/2025

Téléphone de contact: 06632433245

Spécialité:

Docteur KHEDHRI
Ahmed Abdelloill
Médecin du travail



(après évaluation médicale ce document doit être adressé au responsable des ressources humaines)

N°25. Rue 38. Amal 1. Sidi Bernoussi. Derrière la Mosquée Tarik. Casablanca. Tel : 0663243324.
NIP : 091085373. IF : 52901745. ICE : 00208919000012. CNSS : 141934259

Fiche d'aptitude physique au travail/ Certificat médical

Nom et prénom de l'employé: OUAHBI NOUREDDINE
Date de naissance: 20/04/1997
CIN: ID83897

Société: ERT

Nature de la fonction: Ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

51) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée:

2) inapte au travail:

- Temporairement (indiquer la période d'inaptitude):
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires)

Barrer la mention inutile: Argumentez:

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature du médecin examinateur:

Dr.

Date: 06/01//2025 d'établissement :

Téléphone de contact: 0663243324

Spécialité:

Docteur HEDHRI
Ahmed Abdeloulli
Médecin du travail

Remarque: RX pulmonaire non faite

(Après évaluation médicale ce document doit être adressé au responsable des ressources humaines)

N°25. Rue 38. Amal 1. Sidi Bernoussi. Derrière la Mosquée Tarik. Casablanca. Tel : 0663243324.
NIP : 091085373. IF : 52901745. ICE : 00208919000012. CNSS : 141934259

Fiche d'aptitude physique au travail/ Certificat médical

Nom et prénom de l'employé: BELAHNICH NAOUFAL

Société: ERT

CIN: GA255652

Date de naissance: 04/02/2006

Nature de la fonction: Ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée:

2) Inapte au travail:

- Temporairement (indiquer la période d'inaptitude: _____)
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires) _____

Barrer la mention inutile: Argumentez:

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

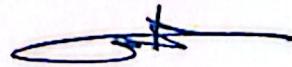
Date d'établissement 24/06/2025
Téléphone de contact: 06632433245

Spécialité:

Docteur KHEDHRI

· Ahmed Abdelouï

Médecin du travail



(après évaluation médicale ce document doit être adressé au responsable des ressources humaines)

Certificat médical d'aptitude au travail

Nom et prénom de l'employé: ECH-CHEURATE MOHAMMED CIN: Q181134	Société: ERT
Date de naissance: 1973	Nature de la fonction: ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail: <input checked="" type="checkbox"/> Sans restriction ni limitation <input checked="" type="checkbox"/> Avec restriction ou limitation Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée:	2) Inapte au travail: <input checked="" type="checkbox"/> Temporairement (indiquer la période d'inaptitude): <input checked="" type="checkbox"/> Définitivement (mentionner les arguments nécessaires) Barrer la mention inutile: Argumentez:
--	---

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

Date d'établissement 25/09/2025
Téléphone de contact: 06632433245

Spécialité: Docteur KHEDHRI
Ahmed Abdellah
Médecin du travail

N°25. Rue 38. Amal 1. Sidi Bernoussi. Derrière la Mosquée Tarik. Casablanca. Tel : 0663243324.
NIP : 091085373. IF : 52901745. ICE : 00208919000012. CNSS : 141934259

Certificat médical d'aptitude au travail

Nom et prénom de l'employé: HOUMMADA ABDELFETTAH	Société: ERT
CIN: Y469043	
Date de naissance: 20/04/2000	Nature de la fonction: ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée: _____

2) Inapte au travail:

- Temporairement (indiquer la période d'inaptitude):
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires)

Barrer la mention inutile: Argumentez:

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

Date d'établissement 25/09/2025
Téléphone de contact: 06632433245

Spécialité:

Docteur NHEDHRI
Ahmed
Médecin du travail

Certificat médical d'aptitude au travail

Nom et prénom de l'employé: HOUMMADA ABDELFETTAH
CIN: Y469043
Date de naissance: 20/04/2000

Société: ERT

Nature de la fonction: ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée:

2) Inapte au travail:

- Temporairement (indiquer la période d'inaptitude):
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires)

Barrer la mention inutile: Argumentez:

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

Date d'établissement 25/09/2025
Téléphone de contact: 06632433245

Spécialité:

Docteur NHEDHRI
Ahmed
Médecin du travail

Certificat médical d'aptitude au travail

Nom et prénom de l'employé: MAGRANE ABDELHAK CIN: AY313370 Date de naissance: 01/01/2007	Société: ERT Nature de la fonction: ouvrier
--	--

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée:

2) Inapte au travail:

- Temporairement (Indiquer la période d'inaptitude: _____)
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires) _____

Barrer la mention inutile: Argumentez: _____

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

Date d'établissement 25/09/2025
Téléphone de contact: 06632433245

Spécialité:

Docteur NIEDHRI
Ahmed Niedhri
Médecin du travail

Certificat médical d'aptitude au travail

Nom et prénom de l'employé: MAHFOUD MOHAMMED
CIN: Y383654
Date de naissance: 20/02/1987

Société: ERT

Nature de la fonction: ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée:

2) Inapte au travail:

- Temporairement (indiquer la période d'inaptitude: _____)
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires)

Barrer la mention inutile: Argumentez:

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

Date d'établissement 25/09/2025
Téléphone de contact: 06632433245

Spécialité: Dacteur KHEDHRI
Ahmed
Médecin du travail

Certificat médical d'aptitude au travail

Nom et prénom de l'employé: ECHCHERRATE EL MEHDI
CIN: Q374806
Date de naissance: 03/09/2003

Société: ERT

Nature de la fonction: ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/limitation avec la durée:

2) Inapte au travail:

- Temporairement (indiquer la période d'inaptitude: _____)
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires)

Barrer la mention inutile: Argumentez:

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

Date d'établissement 25/09/2025
Téléphone de contact: 06632433245

Spécialité: Docteur KHEDHRI
Ahmed Abdelloili
Médecin du travail

N°25. Rue 38. Amal 1. Sidi Bernoussi. Derrière la Mosquée Tarik. Casablanca. Tel : 0663243324.
NIP : 091085373. IF : 52901745. ICE : 00208919000012. CNSS : 141934259

Certificat médical d'aptitude au travail

Nom et prénom de l'employé: BENLIZARA ABDERRAHMANE
CIN: GA233588
Date de naissance: 18/03/1999

Société: ERT

Nature de la fonction: ouvrier

Je soussigné, certifie avoir examiné l'employé ci-dessus, conformément aux critères d'aptitudes physiques et médicales prévues, en se basant sur les critères des fonctions suivantes:

- Travail en hauteur
- Travail dans un espace confiné avec des EPI adéquats.
- Opérateur des Equipements mobiles
- Travail avec des sources chaudes (Ex: soudage, Laser, découpage) avec des EPI adéquats.
- Travail dans des températures extrêmes (basses ou élevées) avec des EPI adéquats et dans la limite du possible.
- Travailleur expatrié.
- Déplacements professionnels (rares ou fréquents).
- Autres à détailler.

L'examen de ce jour montre ce qui suit:

1) Personne apte au travail:

- Sans restriction ni limitation
- Avec restriction ou limitation

Précisez le type de restriction/ limitation avec la durée:

2) Inapte au travail:

- Temporairement (indiquer la période d'inaptitude:
- Définitivement (mentionner les arguments nécessaires)

Barrer la mention inutile: Argumentez:

J'atteste par la présente, suite à l'examen réalisé, les conclusions susmentionnées et qui sont basées sur les résultats des examens joint et archivés dans le dossier médical de l'employé.

Cachet et signature
du médecin examinateur:

Spécialité:

Docteur KHEDHRI
Ahmed abdeloili
Médecin du travail

Date d'établissement 25/09/2025
Téléphone de contact: 06632433245

N°25. Rue 38. Amal 1. Sidi Bernoussi. Derrière la Mosquée Tarik. Casablanca. Tel : 0663243324.
NIP : 091085373. IF : 52901745. ICE : 00208919000012. CNSS : 141934259