



Ministère de la jeunesse et des sports, de l'éducation
Civique, de la formation qualifiante et de l'emploi.



Agence Congolaise
Pour L'emploi

Service Santé & Sécurité du Travail

CERTIFICAT MEDICAL UNIQUE D'EMBAUCHE

N° _____

Je soussigné _____, Médecin
certifie avoir examiné le(la) nommé(e) :

_____, de nationalité _____

Né(e) le _____ à _____, de sexe ☐ M ☐ F

Adresse : _____

Postulant au poste de : _____ Employeur _____

et atteste qu'il(elle) :

- ☐ Est définitivement inapte à l'emploi ci-dessous indiqué
- ☐ A des aptitudes suffisantes pour l'emploi ci-dessous indiqué
- ☐ Est apte sous réserve des conditions de travail spéciales
- ☐ Est inapte temporairement à son emploi à revoir le _____

Ce certificat médical est valable pour une durée de 6 mois à compter de sa date
d'établissement (art.n°9 de l'arrêté n°9033 du 10/12/1986)

Fait le : _____ à _____



VISA MEDECIN AGREE ACPE