



CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

Je soussigné, **Docteur PAPA OUSSEYNOU SARR**

Certifie que Mme / Mr **NDEYE FATOU KINE BA**

Né/e le **17/07/1992** à **DAKAR**

Adresse : **AUCHAN YOFF**

RECOND

aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice de la fonction occupée à son poste de travail ainsi que des privilèges liés à la manipulation de produits agroalimentaires. .

Date de l'examen : **06/02/2026**

Limite de validité : **06/08/2026**

Restrictions éventuelles à l'aptitude :

Signature et cachet

Dr Papa Ousseynou SARR
Medecin
Sahel assistance