

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR,
EN VUE DE L'OCTROI D'UNE INDEMNITE DE MATERNITE
A LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE, ACCOUCHEE OU ALLAITANTE,
QUI FAIT L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION DE LA MATERNITE
DANS LE CADRE DE LA LOI DU 16 MARS 1971 SUR LE TRAVAIL.**

Le soussigné, employeur,

- Nom ou dénomination :

- Adresse :

- N° d'inscription à l'ONSS ou à l'ONSSAPL

ou n° unique d'entreprise

déclare que :

- Nom et prénom de la travailleuse :

- N.I.S.S. :

fait l'objet de l'une des mesures suivantes, en application des articles 42, 43 ou 43bis, alinéa 2, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail et qu'elle subit à la suite de cette mesure, une perte de rémunération¹ :

aménagement provisoire des conditions ou du temps de travail à risque, affectation de la travailleuse à un autre poste ou affectation de la travailleuse à un travail de jour

suspension de l'exécution du contrat de travail ou dispense de travail.

Indiquez la date de début et de fin de la période d'application prévue de la mesure de protection susvisée : du au

Le contrat de travail prend fin le²

Joignez au présent document une copie de la fiche d'examen médical complétée par le médecin du travail.

Fait à, le

Signature de l'employeur.

Document que la travailleuse doit transmettre aussitôt à sa mutualité d'affiliation, en y joignant une attestation de son médecin traitant qui indique³ :

- la date présumée de l'accouchement ;

- si une naissance multiple est prévue.

¹ Indiquez une croix dans la case appropriée.

² A compléter lorsqu'il s'agit d'un contrat de travail à durée déterminée.

³ Seulement en cas d'écartement du travail d'une travailleuse enceinte (avant la naissance de l'enfant).