

**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 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 conseiller en prévention-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).