

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

(Dispense de déclaration de l'incapacité de travail en faveur des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes qui font l'objet d'une mesure de protection de la maternité dans le cadre de la loi du 13 mars 1971 sur le travail).

Le soussigné, employeur,

- Nom ou dénomination : .....
- Adresse : .....

déclare que :

- Nom et prénom de la travailleuse : .....
- Numéro National : .....

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

(1)

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

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

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE RAPPORT DE LA MEDECINE DU TRAVAIL !**

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

du ..... au .....

Cachet Employeur
------------------

Fait à ....., le .....

Signature de l'employeur

- (1) Indiquez une croix dans la case appropriée.
- (2) A compléter lorsqu'il s'agit d'un contrat de travail à durée déterminée.