

Certificat d'éloignement du travail pour allaitement¹



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale, ou envoyez-le (par mail) à :

Mutualité Partena, Service Indemnités, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
vi@partena-mutualite.be

Davantage d'informations : www.partena-mutualite.be

1. Identification du membre :

Nom :

Date de naissance :

Adresse : Numéro de registre national :

..... Numéro d'inscription :

2. Déclaration à compléter par le médecin du travail ou le médecin désigné :

Je soussigné(e)

médecin du travail / médecin désigné par l'employeur, déclare que Madame :

.....

habitant à :

.....

est empêchée d'accomplir son travail habituel, à partir du / / au / / inclus pour cause d'allaitement.

Cette déclaration est établie conformément aux dispositions des articles 41, 42 et 43 de la loi sur le travail du 16 mars 1971, à la loi du 3 avril 1995 et à l'AR du 2 mai 1995 en matière de protection de la maternité.

Date effective de l'accouchement : / /

Fait à :, le / /

Signature :

3. Déclaration à compléter par l'employeur :

a. Le (La) soussigné(e) déclare qu'à compter du / / au / / inclus il n'est plus possible de faire exécuter à Madame

.....

habitant à :

.....

un travail compatible avec son état. Cette déclaration est établie conformément aux dispositions des articles 41, 42 et 43 de la loi sur le travail du 16 mars 1971.

b. Il (Elle) atteste que la travailleuse, dont question ci-dessus, est employée dans les liens d'un contrat :

à durée indéterminée

à durée déterminée, se terminant le / /

Fait à :, le / /

Signature :

¹ Protection de la maternité - Art. 239, 2° AR du 4 novembre 1963

