

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR LORSQUE LA TRAVAILLEUSE A PRIS TOUS LES JOURS DE CONGE DE REPOS POSTNATAL DANS LES CONDITIONS VISEES A L'ARTICLE 39, ALINEA 3, DE LA LOI DU 16 MARS 1971 SUR LE TRAVAIL (CONVERSION D'UNE PARTIE DU REPOS POSTNATAL FACULTATIF EN JOURS DE CONGE DE REPOS POSTNATAL)**

**DOCUMENT A FAIRE COMPLETER ET A TRANSMETTRE AUSSITOT A LA MUTUALITE OU A L'OFFICE REGIONAL DE LA C.A.A.M.I.**

Le soussigné, employeur,  
 Nom ou dénomination de l'employeur ou de l'entreprise : .....  
 Adresse : .....

Code postal - commune : □□□□ .....

Numéro d'inscription à l'O.N.S.S ou à l'O.N.S.S A.P.L □□□□□□□□□□  
 ou numéro unique d'entreprise

Déclare que la travailleuse visée ci-dessous:  
 Nom et prénom de la travailleuse : .....  
 N° NISS : .....

- a pris, conformément à l'article 39, alinéa 3 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, les jours de congé de repos postnatal des deux dernières semaines de repos postnatal facultatif aux dates suivantes (travailleuse occupée à temps plein ou à temps partiel au début du repos de maternité) :

Jours de congé (date) dans les huit semaines à dater de la fin de la période ininterrompue de congé de repos postnatal	Heures de congé (nombre) correspondantes  <b><u>(uniquement pour les travailleuses à temps partiel)</u></b>

Fait à ....., le .....

Signature