

2.1. Demande du repos de maternité obligatoire

<input type="checkbox"/> un seul enfant
<input type="checkbox"/> naissance multiples
Date présumée de l'accouchement : / /
(confirmée par le certificat médical en annexe)
Date d'accouchement effective : / /
(confirmée par l'attestation de naissance en annexe)
Mon repos de maternité obligatoire commence le : / /
(7 jours avant la date présumée de l'accouchement)
Mon repos de maternité obligatoire se termine le : / /
(14 ^e jour à partir de la date présumée de l'accouchement)

2.2. Demande du repos de maternité facultatif

Indépendamment du fait que vous preniez des semaines complètes ou à temps partiel, la période de repos postnatal facultatif, doit être prise par tranches de 7 jours calendrier et avant le terme d'une période d'au maximum 38 semaines (à compter de la date de naissance). Toute modification aux semaines prises, doit être communiquée préalablement à la mutualité.

Je prends 1 / 2 / aucune* semaine(s) de **repos prénatal** facultatif (*biffer les mentions inutiles)

Semaine 1 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 2 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel

Je prends un / Je ne prends pas de* **repos postnatal** facultatif (*biffer les mentions inutiles)

Semaine 1 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 2 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 3 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 4 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 5 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 6 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 7 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 8 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 9 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 10 : du / / au / /	<input type="checkbox"/> A plein temps	<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 11 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 12 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 13 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 14 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 15 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 16 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 17 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 18 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
En cas de naissances multiples		
Semaine 19 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel
Semaine 20 : du / / au / /		<input type="checkbox"/> A temps partiel

Je prends un / Je ne prends pas de* **repos postnatal** facultatif (*biffer les mentions inutiles)

Certifié sincère et véritable,

Date: / /

Signature de la bénéficiaire :