Certificat d'éloignement du travail pour allaitement[1]

helan
Mutualité libre

Scannez ce formulaire et transmettez-le de manière numérique sur www.helan.be/dossier-indemnites

Vous ne pouvez pas le faire numériquement ?

Alors, vous pouvez l'envoyer par courrier (Helan Mutualité libre, Service Incapacité de travail, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk).

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

A526K0012100000000000000000000000A