

**ATTESTATION DE REPRISE DU TRAVAIL PAR LA TRAVAILLEUSE QUI
ALTERNE JOURS DE TRAVAIL ET 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**

A remettre ou à envoyer à votre organisme assureur dès la reprise des activités professionnelles, après la fin de la période de repos postnatal ininterrompue.

A remplir par la titulaire ou l'organisme assureur

Concerne :

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal - localité :

N° d'inscription à l'O.A. :

N° N.I.S.S :

A remplir par l'employeur

Je soussigné,

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 susvisée a repris le travail dans les conditions visées à l'article 39, alinéa 3, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, à partir du : --

Fait à, le

Signature