

Numéro du courrier :



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :

ATTESTATION POUR L'INDEMNISATION DES PAUSE D'ALLAITEMENT
(article 116bis de la loi du 14 juillet 1994).

Partie à compléter par l'employeur

1. Dénomination de l'employeur ou de l'entreprise

Adresse

Code postal –Localité

Numéro d'inscription à l'O.N.S.S.....

2. Concerne : M.
Période d'allaitement : 7 mois / 9 mois soit du/...../..... au/...../.....
Mois à indemniser par la mutualité :

3. Période(s) de pauses d'allaitement durant le mois de/.....

du au soit heure(s) demi-heure(s)

du au soit heure(s) demi-heure(s)

du au soit heure(s) demi-heure(s)

du au soit heure(s) demi-heure(s)

du au soit heure(s) demi-heure(s)

Total des heures de pauses d'allaitement durant le mois de/.....
..... heure(s) demi-heure(s)

4. Montant du salaire brut correspondant à une heure de pause d'allaitement :
..... EUR (montant avec 4 décimales).

Je soussigné (nom ou dénomination de l'employeur)

.....

atteste par la présente que la travailleuse n'a pas bénéficié du salaire correspondant aux pauses d'allaitement susmentionnées et qu'elle a remis les documents de preuve requis dans le cadre de la réglementation du travail.

Certifié conforme et sincère,

Sceau de l'employeur.

Date et signature.

Partie à compléter par la titulaire

Je soussigné(e)
affilié(e) à la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant sous le n°
et domicilié(e)
.....

affirme sur l'honneur que la demande d'indemnisation pour le salaire perdu en raison des pauses
d'allaitement est sincère et complète.

J'ai connaissance du fait que des déclarations fausses ou incomplètes donnent lieu à des sanctions et
à des poursuites judiciaires.

A, le

Signature de la titulaire.