

# CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

COTONOU - 01 B.P. 374 - Tél. : 21 30 27 21 / 21 30 27 27 / 21 30 27 30

21 30 27 65 / 21 30 27 67 Fax: 21 30 26 36

## INDEMNITE DE CONGE DE MATERNITE

( Imprimé à remettre à l'Employeur)

## CERTIFICAT D'EXAMEN PRENATAL

Je soussigné .....  
certifie que Madame .....  
est enceinte de..... mois et qu'elle accouchera vers  
le ..... 20 .....

Fait à ..... le ..... 20 .....

(Signature

Cachet

Loi N° 98 - 019 du 21 Mars 2003 portant code de sécurité sociale en  
République du Bénin

**ARTICLE 49** " L'Indemnité journalière prévue à l'art 170. du code du  
travail, est versée à la femme salariée pour la durée de l'arrêt du travail,  
dans les limites de

**SIX SEMAINES AVANT** et huit semaines après l'accouchement."

Date légale d'arrêt du travail..... 20 .....

Date effective d'arrêt du travail .....20 .....