

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 DE REPRISE DE TRAVAIL

A remplir par l'Employeur:

Je soussigné, NOM Prénoms

Raison Sociale

Profession.....

Adresse complète

Immatriculation à la caisse N°

--	--	--	--

certifie que Madame

N° d'assurance

Employée dans mes services en qualité de

a repris son travail le

après semaines d'interruption et qu'elle n'a

effectué aucun travail rénuméré ou non dans mes services pendant son congé

de maternité.

Fait à, le20

(Signature)

Cachet de l'employeur

VOIR AU VERSO

A remplir par l'intéressée:

Je soussignée Madame

déclare avoir repris mon travail le 20

et n'avoir fourni pendant mon congé de maternité aucun travail rémunéré
chez un employeur.

Fait à, le 20

(Signature)

N.B. li est rappelé aux employeurs

- qu'ils doivent conserver les pièces fournies par leurs employées au
cours de leur congé de maternité;

- qu'à l'expiration de ce congé, l'ensemble du dossier doit être adressé
à l'agence régionale la plus proche.