



CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE DEMANDE D'INDEMNITE DE CONGE DE MATERNITE

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné, (NOM) : Prénoms :
Raison Sociale :
Profession :
Adresse complète :

Numéro CNSS de l'employeur

--	--	--	--	--	--	--	--	--

certifie que Madame :

déclarée à la CNSS sous le numéro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

employée dans mes services en qualité de :
depuis le : et qu'avant cette dernière date, elle travaillait au service de
..... depuis le
a cessé son travail le
a repris son travail le : et qu'elle n'a effectué aucun travail rémunéré
ou non dans mes services pendant son congé de maternité.

Fait à le 20.....

(Cachet obligatoire)

(Signature)

NB : Il est rappelé aux employeurs :

- qu'ils doivent conserver les pièces fournies par leurs employées au cours de leur congé de maternité ;
- que l'ensemble du dossier doit être adressé à l'agence régionale CNSS la plus proche ;
- que le délai d'expiration de la demande est de six (06) mois.