

Poursuite par une travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante faisant l'objet d'une mesure d'écartement visée aux articles 42 §1er, 43 ou 43bis de la loi sur le travail, de l'activité indépendante qu'elle exerçait immédiatement avant la période de protection de la maternité.

DEMANDE D'AUTORISATION AU MEDECIN-CONSEIL.

Nom et prénom :

Date de naissance :

Numéro d'inscription :

Résidence principale :

- Je déclare bénéficier d'une mesure d'écartement⁴ visée aux articles 42 § 1^{er}, 43 ou 43bis de la loi sur le travail en raison de l'exercice d'une activité visée par cette loi (activité salariée ou assimilée) dont la nature, le volume, l'horaire et les conditions d'exercice sont décrits ci-après.
- J'atteste avoir exercé, immédiatement avant la période de protection de la maternité précitée, une activité non visée par la loi sur le travail (activité indépendante) dont la nature, le volume, l'horaire et les conditions d'exercice sont décrits ci-après.
- Je demande l'autorisation de poursuivre cette dernière activité (activité indépendante) pendant la période qui fait l'objet d'une mesure de protection de la maternité dans le cadre de mon activité de salariée (ou activité qui y est assimilée).

Avertissement important.

- J'ai pris connaissance du fait que mes indemnités de maternité seront réduites de 10%, si l'autorisation demandée m'est délivrée. Il en sera ainsi, même si je n'exerce pas, de manière effective, l'activité autorisée, durant tout ou partie de la période de protection de la maternité.
- Je m'engage à ne pas exercer, sous peine de perdre le bénéfice total de mes indemnités de maternité, cette activité (activité indépendante) pendant les jours ou les heures durant lesquels j'aurais travaillé si une mesure de protection n'avait pas été prise (activité salariée ou assimilée).
- Cette demande est destinée au Médecin-Conseil. Il est conseillé de la déposer contre accusé de réception ou de l'envoyer par recommandé postal, si l'on souhaite avoir la preuve de l'envoi de cette demande.
- La demande et le certificat médical du médecin traitant (*cf. infra*) ne peuvent être expédiés séparément. Ils doivent parvenir au Médecin-Conseil le plus tôt possible.

Vos données sont traitées conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de données à caractère personnel. À tout moment vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les modifier, supprimer ou exercer votre droit d'opposition. Pour ce faire, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : privacy.300@Solidaris.be

⁴ Aménagement provisoire des conditions de travail ou du temps de travail, changement de poste de travail, suspension

A remplir par la titulaire

	Activité salariée	Activité indépendante
Nature		
Volume		
Conditions d'exercice		

Horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
06:00							
07:00							
08:00							
09:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							

de l'exécution du contrat de travail ou dispense de travail et interdiction d'accomplir un travail de nuit.
S - exercice de l'activité salariée
I - exercice de l'activité indépendante
R - période de repos

Signature de la titulaire

A remplir par le médecin traitant

Date présumée de l'accouchement :/...../.....

- ☐ Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à l'intéressée susvisée et certifie que l'activité indépendante décrite ci-avant qu'elle exerçait immédiatement avant la période de protection de la maternité ne présente pas de risque ni pour sa santé ni pour celle de son enfant
- ☐ à condition qu'elle respecte les conditions d'exercice définies ci-après : ...
- ☐ En cas de désaccord, je prie mon confrère, le Médecin-Conseil, de me faire connaître la décision qu'il aura prise.

Identification du médecin⁵

Date :

Signature du médecin traitant

Numéro d'immatriculation attribué par l'INAMI

