

ACTIVITE INDEPENDANTE

DEMANDE AUTORISATION ACTIVITE INDEPENDANTE

DURANT UN ECARTEMENT

Poursuite par une travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante faisant l'objet d'une mesure d'écartement visée aux articles 42 §1^{er}, 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 médecin-conseil

Nom : N° registre national :

Prénom : N° inscription (OA) :

Adresse :

.....

- Je déclare bénéficier d'une mesure d'écartement* 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 une 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 ne peuvent être expédiés séparément. Ils doivent parvenir au médecin-conseil le plus tôt possible.

**Aménagement provisoire des conditions de travail ou du temps de travail, changement de poste de travail, suspension de l'exécution du contrat de travail ou dispense de travail et interdiction d'accomplir un travail de nuit.*

A remplir par la titulaire

	<u>Activité salariée</u>	<u>Activité indépendante</u>
Nature		
Volume		
Conditions d'exercice		

<u>Horaire</u>	<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Mercredi</u>	<u>Jeudi</u>	<u>Vendredi</u>	<u>Samedi</u>	<u>Dimanche</u>
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							

S : exercice de l'activité salariée
 I : exercice de l'activité indépendante
 R : période de repos

Date : ... / ... /
 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 la 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.

Date : ... / ... /

Signature du médecin traitant :
 Cachet :