

## ATTESTATION REPOS DE MATERNITÉ

---

---

Nom et adresse de la future maman

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Soussigné(e) .....

gynécologue/médecin généraliste/sage-femme, déclare par la présente que

madame .....

a droit au congé de maternité à partir du ..... / ..... / .....

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

┌  
date et signature

┌  
sceau

┌

└

└

└

└