



**AIDE A LA MATERNITE :**

Désirez-vous bénéficier de titres-services dans le cadre de l'aide à la maternité ? OUI / NON (\*)

Je déclare sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.  
Je n'ignore pas que toute déclaration fautive ou inexacte peut entraîner des poursuites judiciaires, sans préjudice de l'application des sanctions réglementaires.

Date et signature de l'indépendant

(\*) uniquement pour la mère travailleuse indépendante affiliée auprès de notre organisme, et sous certaines conditions d'assujettissement.

---

Nous traiterons les données que nous vous demandons dans ce document en conformité avec la Loi du 8/12/92 sur la protection de la vie privée, tel que décrit dans votre contrat d'affiliation.

---

**ATTESTATION MEDICALE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, docteur en médecine, déclare avoir constaté que  
Madame \_\_\_\_\_ a atteint son sixième mois de grossesse et  
que la naissance est prévue pour \_\_\_\_\_

Cachet du médecin

Date et signature