Prénom, nom : ..............................
Adresse : .......................................

Code postal - Ville : .....................
Téléphone : ...................................
E-mail : .........................................

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : demande de report du congé maternité
P.J. : certificat médical

Monsieur le Directeur/Madame la Directrice,

J’ai l’honneur de vous informer qu’ayant obtenu l’avis favorable de mon médecin et de la CPAM, j’ai l’intention de reporter de ...(nombre)… semaines mon congé maternité.

Par conséquent, je partirai en congé le …(date)… au lieu du …(date)… initialement prévu et je réintégrerai mon poste le …(date)…. Au total, mon congé maternité aura donc une durée de ...(nombre)… semaines.

Vous voudrez bien trouver ci-joint une photocopie du certificat médical autorisant la réduction de mon congé prénatal.

En vous remerciant par avance de votre compréhension, je vous prie d’agréer, Monsieur le Directeur/Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

                                                                                                                                                                                                                                   Signature : ......................................