

## MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES

F. 99 — 2898

[S - C - 99/11241]

**17 JUIN 1999. — Arrêté royal  
prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle  
des causes de décès**

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 4 juillet 1962 relative à la statistique publique, notamment les articles 1<sup>er</sup>, 4 et 16, modifiés par la loi du 1<sup>er</sup> août 1985 et du 24bis, inséré par la loi du 1<sup>er</sup> août 1985;

Vu l'avis du Conseil supérieur de Statistique donné le 21 octobre 1997;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Economie et de Notre Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Intérieur,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'Institut national de Statistique établit une statistique annuelle des causes de décès.

**Art. 2.** La statistique est élaborée au moyen des renseignements recueillis à l'aide des bulletins modèle IIIC (annexe 1) de décès d'une personne âgée d'un an ou plus et modèle IIID (annexe 2) de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né, annexés au présent arrêté.

On entend par mortinaissance toute mort foetale dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 500 g (ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 cm du vortex au talon)) est atteinte.

**Art. 3.** Les administrations communales sont tenues de délivrer le bulletin modèle IIIC ou IIID prévu à l'article 2, à toute personne qui se présente en vue de déclarer un décès survenu sur leur territoire.

**Art. 4.** Le médecin est tenu de remplir et de signer les volets A, B et C des bulletins et de glisser le volet C sous enveloppe scellée.

**Art. 5.** Le déclarant tenu de remettre sans délai le bulletin rempli par le médecin à l'administration communale du lieu de décès.

**Art. 6.** L'administration communale remplit le volet D, vérifie le volet B et conserve le volet A. Elle transmet les volets B, C et D des bulletins aux médecins fonctionnaires communautaires responsables et les bulletins émanant des communes sises dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au médecin fonctionnaire responsable de la Commission communautaire commune, avant le 20 du mois qui suit celui auquel les décès se rapportent.

**Art. 7.** Seul le médecin fonctionnaire communautaire responsable est autorisé à ouvrir et traiter le volet C.

## MINISTERIE VAN ECONOMISCHE ZAKEN

N. 99 — 2898

[S - C - 99/11241]

**17 JUNI 1999. — Koninklijk besluit  
waarbij het opmaken van een jaarlijkse statistiek  
van de overlijdensoorzaken wordt voorgeschreven**

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 4 juli 1962 betreffende de openbare statistiek, inzonderheid op de artikelen 1, 4 en 16, gewijzigd bij de wet van 1 augustus 1985 en 24bis, ingevoegd bij de wet van 1 augustus 1985;

Gelet op het advies van de Hoge Raad voor de Statistiek gegeven op 21 oktober 1997;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Vice-Eerste Minister en Minister van Economie en van Onze Vice-Eerste Minister en Minister van Binnenlandse Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Het Nationaal instituut voor de Statistiek maakt een jaarlijkse statistiek op van de overlijdensoorzaken.

**Art. 2.** Deze statistiek wordt opgemaakt aan de hand van inlichtingen, verzameld door middel van de bij dit besluit gevoegde formulieren model IIIC (bijlage 1) van overlijden van een persoon van één jaar of ouder, en model IIID (bijlage 2) van overlijden van een kind jonger dan één jaar of van een doodgeboorte.

Onder doodgeboorte verstaat men elke foetale sterfte indien het gewicht bij de geboorte gelijk of hoger is dan 500 g (of indien het gewicht bij de geboorte niet gekend is, die de overeenstemmende zwangerschapsduur (22 volle weken) of de overeenstemmende lichaamslengte (25 cm van kruin tot hiel)) heeft bereikt.

**Art. 3.** De gemeentebesturen zijn ertoe gehouden aan elke persoon die zich aanmeldt om aangifte te doen van een overlijden dat zich op hun grondgebied heeft voorgedaan, het bij artikel 2 voorgeschreven formulier model IIIC of IIID te overhandigen.

**Art. 4.** De arts dient strook A, B en C van het formulier in te vullen, te ondertekenen en strook C onder gesloten omslag te steken.

**Art. 5.** De aangever is ertoe gehouden het door de arts ingevulde formulier zonder uitstel af te geven aan het gemeentebestuur van de plaats van overlijden.

**Art. 6.** Het gemeentebestuur vult strook D in, ziet strook B na en bewaart strook A. Het zendt de stroken B, C en D van de formulieren naar de verantwoordelijke arts-ambtenaren van de gemeenschappen en de formulieren uit de gemeenten gelegen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad naar de verantwoordelijke arts-ambtenaar van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de 20ste van de maand volgend op deze waarop de overlijdend betrekking hebben.

**Art. 7.** Enkel de verantwoordelijke arts-ambtenaar van de gemeenschap is gemachtigd strook C te openen en te verwerken.

Les médecins fonctionnaires responsables des communautés et de la Commission communautaire commune transmettent à l'Institut national de Statistique les données contrôlées des volets B et D, et les données individuelles (sans nom et adresse) du volet C des bulletins.

Cette transmission se fait au plus tard le 31 juillet de l'année qui suit celle à laquelle les données se rapportent.

**Art. 8.** Les informations peuvent être transmises au moyen d'un support électronique ou sous toute autre forme, à condition d'y reproduire de la même façon toutes les données des bulletins. Toutes les spécifications techniques du support doivent être convenues préalablement avec l'Institut national de Statistique.

**Art. 9.** Les informations recueillies en vertu du présent arrêté pourront être ultérieurement utilisées pour d'autres traitements statistiques et scientifiques, conformément aux finalités de l'enquête.

**Art. 10.** Les annexes au présent arrêté peuvent être modifiées par le Ministre ayant la Statistique dans ses attributions.

**Art. 11.** L'arrêté royal du 6 octobre 1966 prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle des causes de décès, modifié par les arrêtés royaux des 14 mars 1977 et 20 octobre 1983, est abrogé.

**Art. 12.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 1999.

**Art. 13.** Notre Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Economie et Notre Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 juin 1999.

ALBERT

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Economie,

E. DI RUPO

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Intérieur,

L. VAN DEN BOSSCHE

De verantwoordelijke artsen-ambtenaren van de gemeenschappen en van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zenden de gecontroleerde gegevens van de stroken B en D en de individuele gegevens (zonder naam en adres) van strook C van de formulieren naar het Nationaal Instituut voor de Statistiek.

Deze verzending gebeurt uiterlijk op 31 juli van het jaar dat volgt op datgene waar de gegevens betrekking op hebben.

**Art. 8.** De inlichtingen kunnen worden overgemaakt door middel van een elektronische drager of onder om het even welke andere vorm, op voorwaarde dat zij er alle gegevens van de formulieren op dezelfde manier op weergeven. Over technische details van de gegevensdrager is een voorafgaande overeenkomst vereist met het Nationaal Instituut voor de Statistiek.

**Art. 9.** De informatie die krachtens dit besluit wordt verzameld, mag later voor andere vormen van statistische en wetenschappelijke verwerking worden gebruikt, overeenkomstig de doelstellingen van de enquête.

**Art. 10.** De bijlagen bij dit besluit kunnen worden gewijzigd door de Minister die de Statistiek onder zijn bevoegdheid heeft.

**Art. 11.** Het koninklijk besluit van 6 oktober 1966 waarbij het opmaken van een jaarlijkse statistiek van de overlijdensoorzaken wordt voorgeschreven, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 maart 1977 en 20 oktober 1983, wordt opgeheven.

**Art. 12.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 1999.

**Art. 13.** Onze Vice-Eerste Minister en Minister van Economie en Onze Vice-Eerste Minister en Minister van Binnenlandse Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 juni 1999.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister en Minister van Economie,

E. DI RUPO

De Vice-Eerste Minister en Minister van Binnenlandse Zaken,

L. VAN DEN BOSSCHE

Annexe 1

Modèle III C

0102041111054135923

**VOLET C**

**DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS**

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

<p><b>1. Type de décès</b></p> <p><input type="checkbox"/> • cause naturelle      <input type="checkbox"/> • homicide</p> <p><input type="checkbox"/> • accident de la circulation      <input type="checkbox"/> • sous investigation</p> <p><input type="checkbox"/> • autre accident      <input type="checkbox"/> • n'a pu être déterminé</p> <p><input type="checkbox"/> • suicide</p> <p><b>2. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">Réservé</p> <p>.....</p>	<p><b>3. En cas d'accident</b></p> <p><b>3.1 Lieu de l'accident</b></p> <p><input type="checkbox"/> • voie publique      <input type="checkbox"/> • lieu de travail (ou école pour enfants)</p> <p><input type="checkbox"/> • domicile      <input type="checkbox"/> • ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> • autres, précisez : .....</p> <p>.....</p> <p><b>3.2 Date et heure de l'accident (JJMMAAAA)</b></p> <p>• date (JJMMAAAA)      <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>• heure (HHMM)      <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p>
<p><b>4. Cause du décès (1)</b> <span style="float: right;"><b>Délai (2)</b></span></p>	

**I. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès**

<p>Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).</p> <p>L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"</p>	<p>a) ..... conséquence de :</p> <p>b) ..... conséquence de :</p> <p>c) ..... conséquence de :</p> <p>d) ..... conséquence de :</p>
<p><b>II. Causes associées</b></p> <p>Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.</p>	<p>e) ..... f) ..... g) .....</p>

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

<p><b>Réservé</b></p>	
<p>a) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    b) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    c) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    d) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    f) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    g) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>No. dossier médical      <input type="text"/></p> <p><b>Identification du médecin</b></p> <p>• No. INAMI      <input type="text"/></p> <p>• date (JJMMAAAA)      <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>nom, prénom signature cachet</p>
<p><b>5. Si la personne décédée est une femme, a-t-elle eu, dans l'année précédant son décès:</b></p> <p><b>5.1 une grossesse</b></p> <p><input type="checkbox"/> • oui      <input type="checkbox"/> • non      <input type="checkbox"/> • ne sait pas</p> <p><b>5.2 un accouchement</b></p> <p><input type="checkbox"/> • oui      <input type="checkbox"/> • non      <input type="checkbox"/> • ne sait pas</p> <p><b>6. Autopsie/examens complémentaires</b></p> <p><input type="checkbox"/> • oui, en cours      <input type="checkbox"/> • non</p> <p><input type="checkbox"/> • oui, prévue      <input type="checkbox"/> • ne sait pas</p> <p><b>7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> • oui      <input type="checkbox"/> • non</p>	

## Modèle III C

0102040911054135917

VOLET A

## DECLARATION DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom du décédé

Epoux(se) ou veuf(ve) de

Résidence habituelle : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès  /  /   h  m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès 

Sexe du décédé

 • masculin     • féminin     • indéterminé

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)  oui  nonObstacle au don du corps (2)  oui  non
 Obligation de mise immédiate:  
 • en cercueil hermétique (3)  oui  non  
 • en cercueil simple (4)  oui  non

 Obstacle à la pratique éventuelle  
 des opérations suivantes:  
 • crémation (5)  oui  non  
 • soins de conservation (6)  oui  non  
 • transport avant la mise en bière (7)  oui  non

 Risques d'exposition  
 aux radiations ionisantes (3)  oui  non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le ..... à ..... heure.

Signature et cachet du médecin

- (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).  
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visé sous le n° (3).  
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox vireuses;  
 B. la défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).  
 (4) Le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: hépatite virale sauf hépatite A confirmée, peste, rage, SIDA.  
 (5) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.  
 (6) - cfr (2) et (3);  
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);  
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.  
 (7) cfr (2) et (3).

## Modèle III C

0102041011054135920

VOLET B

## BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale  
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

## 1. Date et heure du décès

• date (JMMAAAA)

 /  / 

• heure (HHMM)

 h  m

## 2. Lieu de décès

 • maison privée • voie publique • institution hospitalière • lieu de travail • maison de repos • autres, précisez .....

.....

.....

## 3. Sexe du décédé

 • masculin • féminin • indéterminé

## Modèle III C

0102041211054135926

VOLET D

## BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

<b>1. Commune (ou pays) du décès</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Code I.N.S. ==> <input type="text"/>		<b>7. Etat social dans la dernière profession exercée</b> <input type="checkbox"/> indépendant(e) <input type="checkbox"/> employé(e) <input type="checkbox"/> ouvrier(e) <input type="checkbox"/> aidant(e) <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> autre, précisez ..... .....	
<b>2. Numéro de l'acte au registre des décès</b> <input type="text"/>		<b>8. Profession(s) exercée(s), quelle que soit la situation professionnelle actuelle (en commençant par la plus récente)</b> • 1. <input type="text"/> Code I.N.S. ==> <input type="text"/> • 2. <input type="text"/> Code I.N.S. ==> <input type="text"/> • 3. <input type="text"/> Code I.N.S. ==> <input type="text"/>	
<b>3. Résidence habituelle du décédé (commune ou pays)</b> <input type="text"/> Code I.N.S. ==> <input type="text"/>		<b>9. Nationalité du décédé</b> <input type="text"/> Code I.N.S. ==> <input type="text"/>	
<b>4. Date de naissance (JJMMAAAA)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>10. Etat civil du décédé</b> <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> légalém. séparé(e) de corps <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> ne sait pas	
<b>5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)</b> <input type="checkbox"/> pas d'instruction ou primaire inachevé <input type="checkbox"/> primaire <input type="checkbox"/> secondaire inférieur ⇒ professionnel → technique ⇒ général <input type="checkbox"/> secondaire supérieur ⇒ professionnel → technique → général <input type="checkbox"/> supérieur de type court <input type="checkbox"/> supérieur de type long ou universitaire <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> autres, précisez ..... .....		<b>11. Si la personne décédée était marié(e)</b> • date de naissance du conjoint survivant (JJMMAAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> • date du dernier mariage (JJMMAAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<b>6. Situation professionnelle actuelle</b> <input type="checkbox"/> actif(ve) <input type="checkbox"/> étudiant(e) <input type="checkbox"/> chômeur(se) <input type="checkbox"/> pensionné(e) <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> autres, précisez ..... ..... .....		<b>12. Le décédé vivait :</b> <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> dans un ménage privé <input type="checkbox"/> en institution <input type="checkbox"/> autres, précisez ..... ..... .....	

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 17 juin 1999.

**ALBERT**

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Economie,

**E. DI RUPO**

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Intérieur,

**L. VAN DEN BOSSCHE**





## Model III C

0102040911044399541

STROOK A

## AANGIFTE VAN OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON VAN EEN JAAR OF OUDER

(Strook in te vullen door de **geneesheer** en te bewaren door het **gemeentebestuur**)

Naam en voornaam van de overledene		<input type="text"/>
Echtgeno(o)t(e) of weduw(e)(naar) van		<input type="text"/>
Gewone verblijfplaats :	gemeente	<input type="text"/>
	straat, nr.	<input type="text"/>
Datum (DDMMJJJJ) en uur (UUMM) van overlijden		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> u <input type="text"/> m
Adres van overlijden :	gemeente	<input type="text"/>
	straat, nr	<input type="text"/>

Nummer van de overlijdensakte

Geslacht van de overledene

• mannelijk     • vrouwelijk     • onbepaald

Gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begravenis of crematie (1)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bezwaar tegen schenking van het lichaam (2)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Verplichte onmiddellijke kistning		
• in een hermetische kist (3)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
• in een gewone kist (4)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bezwaar tegen eventuele		
• crematie (5)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
• conserveringstechnieken (6)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
• vervoer zonder kist (7)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Risico voor blootstelling aan ioniserende stralen (3)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen

Ik, die teken, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RIZIV nummer),

verklaar dat ik de .....om.....uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

- (1) Overlijden zeker of vermoedelijk door uitwendige oorzaak (ongeval, zelfmoord, moord of doodslag).  
 (2) De overledene vormt een risico voor besmetting zoals bepaald sub (3).  
 (3) A. de overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: cholera, miltvuur, pokken en andere orthopox virusziekten, virale hemorragische koorts.  
 B. de overledene vormt een risico op radioactieve besmetting (cfr. K.B. van 28 februari 1963 - B.S. 16 mei 1963 - art. 69.4, art. 69.7 en art. 3).  
 (4) De overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: AIDS, hondsdolheid, pest, virushepatitis (behalve bevestigde virushepatitis A).  
 (5) Prothesen die werken op lithiumbatterijen dienen verwijderd, alsook elke andere prothese die radio-elementen bevat.  
 (6) - cfr (2) en (3)  
 - slechte toestand van het lijk (ontbonden, verhakeld)  
 - overlijden dat zeker of vermoedelijk aan een uitwendige oorzaak te wijten is.  
 (7) cfr (2) en (3)

## Model III C

0102041011044399544

STROOK B

**STATISTISCH FORMULIER VOOR HET OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON  
VAN EEN JAAR OF OUDER**

*(Strook in te vullen door de geneesheer, te verifiëren door het gemeentebestuur  
en over te maken aan de bevoegde geneesheer-ambtenaar)*

**1. Datum en uur van het overlijden**

• datum (DDMMJJJJ)

 /  /    

• uur (UUMM)

  u   m

**2. Plaats van het overlijden**
 • thuis • openbare weg • ziekenhuis • werkplaats • bejaardentehuis • andere, preciezer .....

.....

**3. Geslacht van de overledene**
 • mannelijk • vrouwelijk • onbepaald



Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 17 juni 1999.

**ALBERT**

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister en Minister van Economie,

E. DI RUPO

De Vice-Eerste Minister en Minister van Binnenlandse Zaken,

L. VAN DEN BOSSCHE

## Annexe 2

## Modèle III D

0102040711029712624

VOLET C

## DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

## A. Renseignements concernant la naissance

## 1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants mort-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA)   /   /

## 2. Durée probable de la grossesse en semaines

 

## 3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète  • maladie rénale
- hypertension chronique  • hémorragie du 3<sup>e</sup> trimestre
- hypertension gravidique  • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez .....
- pas de risques médicaux connus

## 4. Transfert in utero

- oui  • non  • ne sait pas

## 5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi  • siège
- autres présentations céphaliques  • oblique/transverse
- autres, précisez .....

## 6. Accouchement

## 6.1 Induction avant le début du travail

- oui  • non  • ne sait pas

## 6.2 Accouchement avec assistance

- oui  • non  • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

## 6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps  • extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse  • version avec extraction
- césarienne  • version externe
- autres, précisez .....

## 6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure  • pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez .....
- pas d'indication maternelle

## 6.5 Etat de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale  • anomalie de la présentation
- autres, précisez .....
- pas d'indication foetale

## 7. Etat de l'enfant à la naissance

## 7.1 Traumatisme obstétrical

- oui  • non  • ne sait pas
- si oui, précisez .....

## 7.2 Détresse respiratoire

- oui  • non  • ne sait pas  • sans objet
- si oui, précisez .....

## 7.3 Etat infectieux

- oui  • non  • ne sait pas
- si oui, précisez .....

## 7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie  • imperforation anale
- spina bifida  • réduction des membres
- hydrocéphalie  • hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine  • omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez .....
- pas d'anomalie congénitale

## 8. Poids de l'enfant à la naissance

(en grammes)

## 9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute   • 10 minutes
- 5 minutes

## 10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation  • sans objet
- intubation  • pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez .....

(suite au verso)

Modèle III D

0102040712029712625

**VOLET C**  
(suite)

**DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)**

**B. Renseignements concernant le décès**

**1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:**

- avant le travail     • pendant le travail     • ne sait pas d'accouchement

**2. Type de décès**

- par cause naturelle     • homicide  
 • accident de la circulation     • sous investigation  
 • autre accident     • n'a pu être déterminé

**3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :**

.....  
 .....  
 ..... Réservé

**4. En cas d'accident**

**4.1 Lieu de l'accident**

- voie publique     • ne sait pas  
 • domicile  
 • autres, précisez .....

**4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)**

.....

**4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)**

.....

**5. Cause du décès (1)**

Spécifiez (2)	Délai (3)		
	M	F	I

**I. Maladie ou affection morbide (maternelle, foetale ou infantile) ayant directement provoqué le décès**

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a). L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"	a) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	conséquence de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	b) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	conséquence de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
conséquence de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
d) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	

**II. Causes associées**

Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.	e) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	f) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	g) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne "M" si Maternelle, colonne "F" si Foetale, colonne "I" si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

**Réservé**

a) ..... b) ..... c) ..... d) .....  
 e) ..... f) ..... g) .....

**6. Autopsie/examens complémentaires**

- oui, en cours     • non  
 • oui, prévu     • ne sait pas

**7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé ?**

- oui     • non

No. du dossier médical de la mère: .....

No. du dossier médical de l'enfant: .....

**Identification du médecin**

• No. INAMI: .....

• date (JJMMAAAA): .....

nom, prénom  
signature  
cachet

## Modèle III D

0102040511029712618

VOLET A

## DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant		<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère		<input type="text"/>
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>

Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant		Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • masculin	<input type="checkbox"/> • féminin	Obligation de mise immédiate:		
	<input type="checkbox"/> • indéterminé	• en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il		• en cercueil simple (4)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • mort-né	<input type="checkbox"/> • né vivant	Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:		
		• crémation (5)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		• soins de conservation (6)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (7)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

.....

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le ..... à ..... heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visé sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox virozes;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: hépatite virale sauf hépatite A confirmée, peste, rage, SIDA.

(5) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(6) - cfr (2) et (3);

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);

- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(7) cfr (2) et (3).

Modèle III D

0102040611029712621

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN  
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale  
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

<p><b>1. Date et heure du décès</b></p> <p>• date (JJMMAAAA)    <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>• heure (HHMM)    <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p> <p><b>2. Date et heure de naissance</b></p> <p>• date (JJMMAAAA)    <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>• heure (HHMM)    <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p> <p><b>3. L'enfant est-il</b></p> <p><input type="checkbox"/> • mort-né    <input type="checkbox"/> • né vivant</p> <p><b>4. Lieu de naissance</b></p> <p><input type="checkbox"/> • institution hospitalière    <input type="checkbox"/> • maison privée</p> <p><input type="checkbox"/> • autre, précisez .....</p> <p>.....</p> <p><b>5. Lieu de décès</b></p> <p><input type="checkbox"/> • institution hospitalière    <input type="checkbox"/> • maison privée</p> <p><input type="checkbox"/> • autre, précisez .....</p> <p>.....</p>	<p><b>6. Sexe de l'enfant</b></p> <p><input type="checkbox"/> • masculin</p> <p><input type="checkbox"/> • féminin</p> <p><input type="checkbox"/> • indéterminé</p> <p><b>7. Enfant issu d'une grossesse multiple</b></p> <p><input type="checkbox"/> • oui    <input type="checkbox"/> • non</p> <p><b>En cas d'accouchement multiple :</b></p> <p>• nombre total de naissances mort-nés compris    <input type="text"/></p> <p>• no. d'ordre de l'enfant déclaré    <input type="text"/></p> <p>• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré)</p> <p>⇒ nombre d'enfants nés vivants</p> <p><input type="checkbox"/> • masculin    <input type="checkbox"/> • féminin    <input type="checkbox"/> • indéterminé</p> <p>⇒ nombre d'enfants mort-nés</p> <p><input type="checkbox"/> • masculin    <input type="checkbox"/> • féminin    <input type="checkbox"/> • indéterminé</p>
--	--





Vu pour être annexé à Notre arrêté du 17 juin 1999.

**ALBERT**

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Economie,

**E. DI RUPO**

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Intérieur,

**L. VAN DEN BOSSCHE**

## Bijlage 2

## Model III D

0102040711028918436

STROOK C

## OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VAN EEN DOODGEBORTE

(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de geneesheer)

## A. Inlichtingen met betrekking tot de geboorte

## 1. Vorige geboorten

- aantal levendgeboren kinderen
- aantal doodgeboren kinderen
- aantal kinderen nog in leven
- datum van de vorige bevalling (DDMMJJJJ)   /   /

## 2. Vermoedelijke duur (in weken) van de zwangerschap

 

## 3. Medische risicofactoren verbonden aan deze zwangerschap (maximum 3)

- diabetes  • nierziekte
- chronische hypertensie  • hemorragie in het 3de trim.
- zwangerschaps-hypertensie  • voorafgaande geboorte van een kind met gewicht < 2500 gram
- eclampsie
- andere, preciezer .....
- geen medische risico's bekend

## 4. Transfer tijdens de zwangerschap \*

- ja  • neen  • onbekend

## 5. Ligging van het kind vóór de geboorte

- achterhoofdligging  • stuit
- andere hoofdligging  • dwars/schuine ligging
- andere, preciezer .....

## 6. De bevalling

## 6.1 Inductie van de baring vóór het begin van arbeid

- ja  • neen  • onbekend

## 6.2 Bevalling met assistentie

- ja  • neen  • onbekend

Indien ja, vul in 6.3, 6.4 en 6.5

Indien neen, of onbekend, ga dan onmiddellijk naar punt 7

## 6.3 Aard van assistentie (maximum 3)

- forceps  • stuitligging met extractie (exclusief Bracht)
- vacuüm-extractie  • versie met extractie
- keizersnede  • externe versie
- andere, preciezer .....

## 6.4 Maternale indicaties die het type van bevalling rechtvaardigen

- voorafgaande keizersnede  • afwijking van placenta
- dystocie
- andere, preciezer .....
- geen maternale indicatie

## 6.5 Indicatie bij het kind als rechtvaardiging voor het type van bevalling

- foetaal lijden  • abnormale ligging
- andere, preciezer .....
- geen foetale indicatie

## 7. Toestand van het kind bij de geboorte

## 7.1 Obstetrisch trauma

- ja  • neen  • onbekend
- Indien ja, preciezer .....

## 7.2 Ademnood

- ja  • neen  • onbekend  • niet van toepassing
- Indien ja, preciezer .....

## 7.3 Infectieziekten

- ja  • neen  • onbekend
- Indien ja, preciezer .....

## 7.4 Congenitale afwijkingen

- anencefalie  • anale imperforatie
- spina bifida  • reductie van de ledematen
- hydrocefalie  • hernia diaphragmatica
- gespleten lip/verhemelte  • omphalocoele-gastroschisis
- andere, preciezer .....
- geen congenitale afwijkingen

## 8. Geboortegewicht van het kind (in gram)

## 9. Apgarscore na:

- 1 minuut   • 10 minuten
- 5 minuten

## 10. Zorgen onmiddellijk toegediend aan de pasgeborene (maximum 3)

- ventilatie zonder intubatie  • niet van toepassing
- intubatie  • geen ingreep
- overplaatsing naar n-dienst (binnen de eerste 12 uren)
- overplaatsing naar N-dienst (binnen de eerste 12 uren)
- andere, preciezer .....

(vervolg verso)

Model III D

0102040712028918437

**STROOK C**  
(vervolg)

**OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VAN EEN DOODGEBORTE**  
(vervolg)

**B. Inlichtingen met betrekking tot het overlijden**

1. In geval van foetaal overlijden, heeft het overlijden plaats gehad :

- vóór de arbeid     • tijdens de arbeid     • onbekend

2. Aard van het overlijden

- natuurlijke oorzaak     • doding  
 • verkeersongeval     • wordt onderzocht  
 • ander ongeval     • kan niet bepaald worden

3. Indien de doodsoorzaak niet natuurlijk is, beschrijf de omstandigheden :

.....  
 ..... Voorbehouden  
 .....

4. Ongeval

4.1 Plaats van het ongeval

- openbare weg     • onbekend  
 • thuis  
 • andere, preciseer .....

4.2 Datum van het ongeval (DDMMJJJJ)

4.3 Uur van het ongeval (0 - 24U)

5. Doodsoorzaak (1)	Specificeer (2)			Duur (3)
	M	F	K	

I. Ziekte of aandoening (van moeder, foetus of kind) die rechtstreeks de dood tot gevolg had

Logische samenhang van de ziekten/aandoeningen die geleid hebben tot de onmiddellijke doodsoorzaak onder a). Bij vermelding van meerdere ziekten de aan het overlijden ten grondslag liggende het laatst opgeven ("oorspronkelijke doodsoorzaak")	a) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	veroorzaakt door :				
	b) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	veroorzaakt door :				
	c) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	veroorzaakt door :				
	d) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	veroorzaakt door :				

II. Geassocieerde oorzaken

Bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden, welke tot de dood hebben bijgedragen, doch niet met de onder I. genoemde ziekten in causaal verband staan.	e) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	f) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	g) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

- (1) Hier wordt niet de wijze van overlijden bedoeld zoals bvb. : hartfalen, syncope, enz... maar de ziekte, het trauma of de complicatie die de dood veroorzaakte. Gelieve slechts één oorzaak per lijn te vermelden.  
 (2) Plaats een "X" op de passende plaats : kolom 'M' indien Moeder, kolom 'F' indien Foetus, kolom 'K' indien Kind  
 (3) Tijdsinterval (bij benadering) tussen het begin van de ziekte/aandoening en de dood (preciseer zo nodig in minuten, uren, weken of maanden, ...)

Voorbehouden

a)          b)          c)          d)        
 e)          f)          g)

6. Autopsie/aanvullende onderzoeken

- ja, lopend     • neen  
 • ja, voorzien     • onbekend

7. Was de attesterende geneesheer de behandelende geneesheer ?

- ja     • neen

Nr. medisch dossier van de Moeder

Nr. medisch dossier van het Kind

Identificatie van de geneesheer

• RIZIV nummer

• datum (DDMMJJJJ)

naam, voornaam  
handtekening  
stempel

## Model III D

0102040511028918430

STROOK A

## AANGIFTE VAN OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR

## OF VAN EEN DOODGEBORTE (a)

(Strook in te vullen door de geneesheer en te bewaren door het gemeentebestuur)

Naam en voornaam van het kind	<input type="text"/>
Naam en voornaam van de moeder	<input type="text"/>
Gewone verblijfplaats van de moeder : gemeente	<input type="text"/>
straat, nr.	<input type="text"/>
Datum (DDMMJJJJ) en uur (UUMM) van overlijden	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> u <input type="text"/> m
Adres van overlijden : gemeente	<input type="text"/>
straat, nr	<input type="text"/>

Nummer van de overlijdensakte	<input type="text"/>	Gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie (1)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Geslacht van het kind		Bezwaar tegen schenking van het lichaam (2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
<input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald		Verplichte onmiddellijke kisting	
Het kind is		• in een hermetische kist (3)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
<input type="checkbox"/> • doodgeboren <input type="checkbox"/> • levend geboren		• in een gewone kist (4)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		Bezwaar tegen eventuele	
		• crematie (5)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		• conserveringstechnieken (6)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		• vervoer zonder kist (7)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		Risico voor blootstelling aan ioniserende stralen (3)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

Ik, die teken, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RIZIV nummer),

verklaar dat ik de .....om .....uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

(a) Er moet een overlijdensformulier worden ingevuld per doodgeboren kind of per kind overleden vóór de leeftijd van één jaar.

(1) Overlijden zeker of vermoedelijk door uitwendige oorzaak (ongeval, zelfmoord, moord of doodslag).

(2) De overledene vormt een risico voor besmetting zoals bepaald sub (3).

(3) A. de overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: cholera, miltvuur, pokken en andere orthopox virusziekten, virale hemorrhagische koorts.

B. de overledene vormt een risico op radioactieve besmetting (cfr. K.B. van 28 februari 1963 - B.S. 16 mei 1963 - art. 69.4, art. 69.7 en art. 3).

(4) De overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: AIDS, hondsdolheid, pest, virushepatitis (behalve bevestigde virushepatitis A).

(5) Prothesen die werken op lithiumbatterijen dienen verwijderd, alsook elke andere prothese die radio-elementen bevat.

(6) - cfr (2) en (3)

- slechte toestand van het lijk (ontbonden, verhakkeld)

- overlijden dat zeker of vermoedelijk aan een uitwendige oorzaak te wijten is.

(7) cfr (2) en (3)





Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 17 juni 1999.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister en Minister van Economie,

E. DI RUPO

De Vice-Eerste Minister en Minister van Binnenlandse Zaken,

L. VAN DEN BOSSCHE

**GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION  
GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN  
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN**

**VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE**

**MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP**

N. 99 — 2899

[C — 99/36141]

**27 APRIL 1999**

**Besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het Vlaams personeelsstatuut van 24 november 1993,  
wat betreft de bedienaars van de kunstwerken**

De Vlaamse regering,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, inzonderheid op artikel 87, § 3, gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1988;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 24 november 1993 houdende organisatie van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap en de regeling van de rechtspositie van het personeel, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op het advies van het college van secretarissen-generaal van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, gegeven op 16 maart 1999;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 13 april 1999;

Gelet op het protocol nr. 119-312 van 18 maart 1999 en nr. 129.331 van 29 april 1999 van het sectorcomité XVIII Vlaamse Gemeenschap - Vlaams Gewest;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, §1, gewijzigd bij de wetten van 4 juli 1989 en 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat om de operationaliteit van de beweegbare kunstwerken in stand te houden, onverwijld bijkomend personeel moet worden aangeworven en dat, om problemen op de werkvloer te vermijden, de huidige personeelsleden simultaan de kans moeten krijgen om te bevorderen tot niveau D in de nieuwe functie van binnenvaartbegeleider;

Overwegende dat de huidige personeelsleden vóór het deelnemen aan het bijzonder vergelijkend overgangsexamen nog de kans moeten krijgen om een vormingscursus te volgen ter voorbereiding van het bevorderingsexamen;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Onderwijs en Ambtenarenzaken;

Na beraadslaging,

Besluit :

**Artikel 1.** Aan artikel VIII 128 van het Vlaams personeelsstatuut van 24 november 1993 wordt een § 6 toegevoegd, die luidt als volgt :

« § 6. De technisch beambte die op 1 maart 1999 de functie van bedienaar van kunstwerken uitoefent, kan bevorderd worden tot de graad van technisch assistent met de functie van binnenvaartbegeleider, mits te slagen voor een bijzonder vergelijkend overgangsexamen waaraan tweemaal mag worden deelgenomen. »

**Art. 2.** Aan artikel XIV 51<sup>quater</sup> van hetzelfde statuut wordt een derde gedachtenstreepje toegevoegd, dat luidt als volgt :

« - voor de aanwerving als technisch assistent (functie binnenvaartbegeleider) op basis van de vergelijkende aanwervingsproef, georganiseerd in 1999. »

**Art. 3.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 maart 1999.

**Art. 4.** De Vlaamse minister, bevoegd voor de ambtenarenzaken, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 27 april 1999.

De minister-president van de Vlaamse regering,

L. VAN DEN BRANDE

De Vlaamse minister van Onderwijs en Ambtenarenzaken,

E. BALDEWIJNS