

Art. XI.IV.65bis. Voor de toepassing van deze onderafdeling,

1° wordt verstaan onder "grensoverschrijdende gewone plaats van het werk", de gewone plaats van het werk gelegen buiten het Rijk binnen een afstand van 50 kilometer van de grens;

2° gebeurt het vaststellen van de afstand van 50 kilometer volgens de bepalingen bedoeld in artikel XI.IV.18;

3° wordt de tewerkstelling in een grensoverschrijdende gewone plaats van het werk niet beschouwd als een vaste dienst noch als een tijdelijke opdracht buiten het Rijk;

4° worden, indien de personeelsleden die tewerkgesteld zijn in een grensoverschrijdende gewone plaats van het werk, een dienstverplaatsing uitvoeren naar België of binnen deze afstand van 50 kilometer, zij vergoed op basis van de bepalingen die van toepassing zijn voor de dienstverplaatsingen in België.

Art. XI.IV.65ter. Het personeelslid dat een grensoverschrijdende gewone plaats van het werk heeft, geniet :

1° een forfaitaire vergoeding van 20,00 EUR per effectieve prestatiedag van minimum zes uren. Deze vergoeding wordt geacht alle maaltijdkosten en geringe onkosten, zowel in de grensoverschrijdende gewone plaats van het werk als tijdens de in artikel XI.IV.65bis, 4°, bedoelde dienstverplaatsing, te dekken;

2° indien het verklaart zijn privé-voertuig dagelijks werkelijk te gebruiken om zich naar de werkplaats te begeven, een maandelijks forfaitaire vergoeding gelijk aan het bedrag van een maandelijks treinabonnement tweede klasse tussen de woonplaats of een tussenstation en de werkplaats, in plaats van de tegemoetkoming bedoeld in artikel XI.V.1.

Indien het gebruik maakt van één of meerdere middelen van openbaar vervoer zonder dat het over een kaart vrij vervoer beschikt en in plaats van de tegemoetkoming bedoeld in artikel XI.V.1, heeft het, op voorlegging van zijn vervoersbewijzen, recht op de terugbetaling van de reiskosten, beperkt tot de tweede klasse tussen de woonplaats of een tussenstation en de werkplaats en omgekeerd. »

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de maand volgend op zijn bekendmaking.

Art. 3. Onze Minister van Justitie en Onze Minister van Binnenlandse Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 januari 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister en Minister van Justitie,
Mevr. L. ONKELINX

De Vice-Eerste Minister en Minister van Binnenlandse Zaken,
P. DEWAELE

Art. XI.IV.65bis. Pour l'application de la présente sous-section,

1° on entend par "lieu habituel de travail transfrontalier" le lieu habituel de travail qui se situe hors du Royaume dans une limite de 50 kilomètres de la frontière;

2° la détermination de la distance de 50 kilomètres s'opère selon les règles fixées dans l'article XI.IV.18;

3° l'affectation à un lieu habituel de travail transfrontalier n'est pas assimilée à un service permanent ni à une mission temporaire effectuée hors du Royaume;

4° si les membres du personnel se sont vu affecter un lieu habituel de travail transfrontalier et qu'ils sont amenés à effectuer un déplacement de service vers la Belgique ou dans cette limite de 50 kilomètres, ils sont indemnisés sur base des dispositions applicables aux déplacements de service effectués en Belgique.

Art. XI.IV.65ter. Le membre du personnel qui a un lieu habituel de travail transfrontalier bénéficie :

1° d'une indemnité forfaitaire journalière de 20,00 EUR, par journée de prestation réelle de minimum six heures. Cette indemnité est censée couvrir tous les frais de repas et autres menues dépenses, aussi bien ceux encourus au lieu habituel de travail transfrontalier que ceux résultant d'un déplacement de service tel que visé à l'article XI.IV.65bis, 4°;

2° s'il déclare utiliser effectivement journalièrement son véhicule privé afin de se rendre vers son lieu de travail, d'une indemnité forfaitaire mensuelle égale au montant du prix de la carte de train mensuelle en 2ème classe pour le trajet entre le domicile ou une gare intermédiaire et le lieu de travail, en lieu et place de l'intervention visée à l'article XI.V.1^{er}.

S'il fait usage d'un ou de plusieurs modes de transports en commun publics sans cependant disposer d'un libre parcours, il bénéficie, moyennant présentation de ses preuves de transport et en lieu et place de l'intervention visée à l'article XI.V.1^{er}, du remboursement de ses frais de parcours, limités cependant à l'usage de la deuxième classe entre le domicile ou une gare intermédiaire et le lieu de travail et vice-versa. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication.

Art. 3. Notre Ministre de la Justice et Notre Ministre de l'Intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 janvier 2006.

ALBERT

Par le Roi :

La Vice-Première Ministre et Ministre de la Justice,
Mme L. ONKELINX

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Intérieur,
P. DEWAELE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
PERSONEEL EN ORGANISATIE

N. 2006 — 475 (2005 — 3416)

[C — 2006/02011]

6 DECEMBER 2005. — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 7 februari 1969 tot vaststelling van de modellen voor aangifte van een ongeval en voor het indienen van een doktersattest inzake arbeidsongevallen in de overheidssector. — Errata

In het *Belgisch Staatsblad* van 12 december 2005, bladzijden 53.439 tot 53.444, wordt het model A – Aangifte van arbeidsongeval vervangen door het hierbijgaand model :

SERVICE PUBLIC FEDERAL
PERSONNEL ET ORGANISATION

F. 2006 — 475 (2005 — 3416)

[C — 2006/02011]

6 DECEMBRE 2005. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et de certificat médical, en matière d'accidents du travail dans le secteur public. — Errata

Dans le *Moniteur belge* du 12 décembre 2005, pages 53.439 à 53.444, le modèle A – Déclaration d'accident du travail est remplacé par le modèle ci-annexé :

MODEL A - AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Elk ongeval moet worden aangegeven. De aangifte mag uitgaan van het slachtoffer, zijn rechtverkriggende, zijn hiërarchische meerdere of iedere andere belanghebbende persoon. Dit formulier moet zo spoedig mogelijk en ingevuld naar de bevoegde dienst van uw administratie worden gestuurd samen met het model B (medisch attest).

De rubrieken II en III worden door de aangever ingevuld. De rubrieken I, IV, V en VI worden door de werkgever ingevuld.

I. Gegevens over de W E R K G E V E R	
1. Naam van de administratie, dienst of inrichting:	Tel.:/..... Fax:/.....
2. Straat / nr. / bus:	Postcode: |..|..|..| Gemeente:
3. Aard van de administratie:	NACE BEL-code: |..|..|..|..|..|
4. Ondernemingsnummer: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| en desgevallend, vestigingseenheidnummer: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|	
4bis RSZ nr. (*): |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| of RSZ-PPO nr. (*): |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|	

II. Gegevens over het S L A C H T O F F E R	
5. Naam en voornamen:	
Naam van de echtgenoot (1):	
6. Geboortedatum(2):/...../.....	Geslacht (3): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V Taalrol:
7. Rijksregisternummer: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|	Nationaliteit:
8. Nr. van het geneeskundig dossier bij de AGD:	Post- of bankrekeningnummer:
9. Hoofdverblijfplaats: Straat / nr. / bus:	
Postcode: |..|..|..|..| Gemeente:	

III. Gegevens over het O N G E V A L	
10. Dag van het ongeval: datum (2):/...../..... uur minuten	
11. Plaats van het ongeval - Straat / nr.:	
Postcode: |..|..|..|..| Gemeente:	
12. Oefende het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval een bezigheid uit in het kader van zijn gewone functie? (3) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Zo neen, welke bezigheid oefende het uit? :	
Gaat het om een ongeval bedoeld in art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967 (ongeval overkomen buiten de uitoefening van de dienst, maar veroorzaakt door een derde naar aanleiding van een vroegere handeling verricht tijdens de uitoefening van de dienst) ? (3) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
13. a) Waar (omgeving of soort plaats) bevond het slachtoffer zich toen het ongeval zich voordeed? (bijvoorbeeld: kantoor; vergaderzaal, school, universiteit, ziekenhuis; restaurant; autoweg; enz.)	
b) Bepaal de algemene activiteit (soort werk) of de taak (in de ruime zin) die het slachtoffer aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed: (bijvoorbeeld: onderwijs, verzorging, bijstand aan één of meerdere personen, opleiding, kantoorwerk, inkoop, verkoop, kunst, enz. .)	
c) Bepaal de specifieke activiteit die het slachtoffer aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed	
<i>(bijvoorbeeld: lopen, gaan zitten, vervoeren, van een last, enz.) EN de daarbij betrokken voorwerpen (bijvoorbeeld: meubilair, informaticamateriaal, doorgangoppervlakken, enz.).</i>	
d) Welke gebeurtenissen die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid? <i>(bijvoorbeeld: verlies van controle over een vervoermiddel of een voorwerp , glijden of vallen van een persoon, on gepaste handeling , verkeerde beweging, verrassing schrik, geweldpleging aangevallen werden, enz.). Vermeld alle gebeurtenissen EN de voorwerpen die daarbij een rol hebben gespeeld (bijvoorbeeld: meubilair, informaticamateriaal, doorgangoppervlakken, enz.).</i>	
e) Hoe is het slachtoffer (fysieke of psychische letsel) gewond geraakt? Beschrijf in dalende volgorde van belangrijkheid alle verschillende contacten die de verwondingen hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld: contact met een warmtebron of gevaarlijke stoffen; verplettering tegen een voorwerp of stoot door een voorwerp; botsing; contact met snijdende of puntige voorwerpen; bekneling of verplettering in, onder of tussen iets; problemen met het bewegingsapparaat; psychische shock; verwonding door dier of mens; enz.) EN de daarbij betrokken voorwerpen (bijvoorbeeld: meubilair, informaticamateriaal, doorgangoppervlakken, enz.).	

14. Eerste zorgen verstrekt op ⁽²⁾/...../..... om uur door de geneesheer of in het ziekenhuis:
 Naam :
 Straat / nr. / bus: Postcode: |..|..|..| Gemeente:

15. Proces-verbaal opgesteld te op ⁽²⁾/...../..... door

16. Naam en adres van de eventuele aansprakelijke:
 en van zijn verzekeraar: Polisnr.:

17. Getuigen: Naam Straat / nr. / bus Postcode Gemeente

Aangever (naam en hoedanigheid): Handtekening:
 Datum ⁽²⁾:/...../.....

Ongevallensteekkaart: jaar nr.

In geval van een ernstig ongeval, verwittigt de administratie de inspecteur inzake arbeidsveiligheid van de Federale overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (WASO) op de manier die is voorgeschreven door artikel 26 van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk. (B.S. 31 maart 1998).

Aard van het ongeval ⁽³⁾ : arbeidsongeval ongeval op de weg naar en van het werk

IV. Gegevens over de WERKGEVER

18. Adres van de afdeling of dienst waarvan het slachtoffer afhangt : Straat / nr. / bus:
 Postcode: |..|..|..| Gemeente:

19. Externe dienst belast met het medisch toezicht - Naam:
 Straat / nr. / bus: Postcode: |..|..|..| Gemeente:

20. Totaal aantal personeelsleden tewerkgesteld in het departement, de instelling, de gemeente, het OCMW, de inrichting, enz. op het einde van de maand vóór het ongeval :

21. Totaal aantal arbeidsdagen gepresteerd vanaf het begin van het jaar tot het einde van de maand vóór het ongeval :

V. Gegevens over het SLACHTOFFER en over het ONGEVAL

22. Datum van indiensttreding ⁽²⁾:/...../.....

23. Datum van beëindiging van de arbeidsovereenkomst ⁽⁴⁾ ⁽²⁾:/...../.....

24. Beroeps categorie ⁽³⁾: vast benoemd contractueel stagiair andere (welke?):

25. Gebeurde het ongeval op de plaats waar het slachtoffer gewoonlijk zijn functie uitoefent? ⁽³⁾ Ja Neen

26. Gewone functie in de administratie: ISCO-code : |..|..|..|

27. Anciënniteit in de beroeps categorie: in de dienst..... in de functie:

28. Datum van kennisgeving aan de werkgever ⁽²⁾:/...../.....

29. Door het slachtoffer te presteren uren op de dag van het ongeval: van uur tot uur en van uur tot uur

30. Opmerkingen betreffende de omstandigheden en materiële oorzaken van het ongeval (gegevens die aan de verklaringen van het slachtoffer moeten worden toegevoegd):

VI. Gegevens over de P R E V E N T I E

31. Oefende het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval zijn gewoontelijke werkzaamheid in zijn afdeling, zijn dienst ?
 (3) Ja Neen Zo neen, preciseren:

32. Oefende het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval een bezigheid uit in het kader van zijn gewone functie? (3) Ja Neen
 Zo neen, welke bezigheid oefende het uit? :
 Gaat het om een ongeval bedoeld bij art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967 ? (3) Ja Neen

33. Soort werk: Code (7): |..|..|

34. Laatste afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid: Code (5): |..|..|

35. Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis: Code (5): |..|..| |..|..|

36. Contact – wijze van verwonding: Code (7): |..|..|

37. Letsel - Aard (6)(5): Code (5): |..|..| Plaats (6)(5): Code (5): |..|..|

38. Gevolgen van het ongeval (6) (3) : het slachtoffer heeft het werk niet onderbroken het slachtoffer heeft het werk onderbroken op (2)/...../..... voor een waarschijnlijke duur van dagen er wordt een blijvende ongeschiktheid verwacht overlijden.

39. Het slachtoffer heeft het werk hervat op:/...../..... en de voorziene blijvende ongeschiktheid bedraagt (6) %

40. Getroffen of te treffen maatregelen om gelijkaardige ongevallen te vermijden:
 Code (5): |..|..|
 Code (5): |..|..|
 Code (5): |..|..|

Aangever namens de overheid (naam en hoedanigheid):

Naam van de preventieadviseur:

Datum (2):/...../.....

Handtekening:

Handtekening:

(*) = Facultatief indien rubriek 4 is ingevuld.

(1) = Facultatief

(2) = Dag / maand / jaar

(3) = Aankruisen wat van toepassing is

(4) = Indien van toepassing

(5) = Deze informatie vindt u in de tabellen van de bijlage IV van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende de Interne Dienst voor preventie en bescherming op het werk.

(6) = Deze informatie vindt u op het bijgevoegde medisch attest.

(7) = Zie lijst opgenomen in het KB van 19 april 1999 tot vaststelling van de elementen over te dragen aan het Fonds voor Arbeidsongevallen.

MODELE A - DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, son ayant droit, son chef hiérarchique ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service compétent de votre administration accompagné du modèle B (attestation médicale).

Les rubriques II et III sont complétées par le déclarant. Les rubriques I, IV, V et VI sont complétées par l'employeur.

I. Données concernant l'EMPLOYEUR

1. Dénomination de l'administration, du service ou de l'établissement:
 Tél.:/..... Fax:/.....
 2. Rue / n° / boîte: Code postal: |..|..|..|..| Commune:
 3. Objet de l'administration : Code NACE-BEL : |..|..|..|..|..|
 4. Numéro d'entreprise: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|
 4bis Affiliation à l'ONSS n° (*) : |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| ou à l'ONSS-APL n° (*) : |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|

II. Données concernant la VICTIME

5. Nom et prénoms:
 Nom de l'époux (1):
 6. Date de naissance(2):/...../..... Sexe (3): M F Rôle linguistique :
 7. Numéro du Registre national: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| Nationalité:
 8. Numéro médical du S.S.A. : Numéro de compte CCP ou bancaire :
 9. Résidence principale: Rue / n° / boîte:
 Code postal: |..|..|..|..| Commune:

III. Données concernant l'ACCIDENT

10. Jour de l'accident: Date (2):/...../..... h min
 11. Lieu de l'accident - Rue / n°:
 Code postal: |..|..|..|..| Commune:
 12. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? (3) Oui Non
 Si non, quelle occupation exerçait-elle ? :
 S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 (accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers en raison d'un acte antérieur accompli dans l'exercice des fonctions) ? (3) Oui Non
 13. a) Dans quel environnement (type de lieu) la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ? (p.ex., bureau, salle de réunion, école, université, hôpital, restaurant, autoroute, etc.)

 b) Précisez l'activité générale (type de travail) qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit. (p. ex., enseignement, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, activité artistique, etc.)

 c) Précisez l'activité spécifique de la victime lorsque l'accident s'est produit (p.ex., marche, prise de position assise, transporter une charge etc.) ET les objets impliqués (p.ex., mobilier, équipement informatique, surface de circulation etc.)

 d) Quels événements déviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (p. ex., perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissade ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.). Précisez tous ces faits ET les objets impliqués (agent matériel) s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., mobilier, équipement informatique, surface de circulation etc.)

 e) Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents contacts qui ont provoqué la (les) blessure(s) (p.ex., contact avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locomoteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne, etc.) ET les objets impliqués (p.ex., mobilier, équipement informatique, surface de circulation etc.)

14. Premiers soins donnés le ⁽²⁾/...../..... à h par le médecin ou dans l'établissement hospitalier:
 Nom:
 Rue / n° / boîte: Code postal: |..|..|..|..| Commune:

15. Procès-verbal dressé à le ⁽²⁾/...../..... par

16. Nom et adresse du responsable éventuel:
 et de son assureur: N° police:

17. Témoins:	Nom	Rue / N° / boîte	Code Postal	Commune
.....
.....

Déclarant (nom et qualité): Signature:

Date ⁽²⁾:/...../.....

Fiche d'accident - année n°

En cas d'accident grave, l'administration avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (*M.B. 31 mars 1998*).

Nature de l'accident ⁽³⁾ : **accident du travail** **accident sur le chemin du travail**

IV. Données concernant l'EMPLOYEUR	
18. Adresse de la division ou du service dont dépend la victime :	Rue / n° / boîte: Code postal: |..|..|..|..| Commune:
19. Service externe chargé du contrôle médical - Nom:	..... Rue / n° / boîte: Code postal: |..|..|..|..| Commune:
20. Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le C.P.A.S., l'établissement, etc. à la fin du mois précédant l'accident :	.....
21. Nombre total de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédant l'accident:	.....

V. Données concernant la VICTIME et l'ACCIDENT	
22. Date d'entrée en service de la victime ⁽²⁾ :/...../.....
23. Date de fin de contrat de la victime ⁽⁴⁾ ⁽²⁾ :/...../.....
24. Catégorie professionnelle ⁽³⁾ :	<input type="checkbox"/> agent définitif <input type="checkbox"/> contractuel <input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> autre (à préciser)
25. Le lieu de l'accident est-il celui où la victime exerce habituellement sa fonction ? ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
26. Fonction habituelle dans l'administration:	..... Code CITP : |..|..|..|
27. Ancienneté dans la catégorie professionnelle:	..... dans le service: dans la fonction:
28. Date de déclaration à l'employeur ⁽²⁾ :/...../.....
29. Heures à prester par la victime le jour de l'accident: de h à h et de h à h	
30. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) :	..... ..... ..... ..... .....

VI. Données concernant la P R E V E N T I O N

31.	Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle son activité habituelle au sein de sa division, son service ? ⁽³⁾	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, préciser :	
32.	Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? ⁽³⁾	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, quelle activité exerçait-elle ? :	
	S'agit-il d'un accident visé à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ? ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
33.	Type de travail:	Code ⁽⁷⁾ :
34.	Dernière déviation qui a conduit à l'accident:	Code ⁽⁵⁾ :
35.	Agent matériel de cette déviation:	Code ⁽⁵⁾ :
36.	Contact-modalité de la blessure:	Code ⁽⁷⁾ :
37.	Lésion - Nature ⁽⁶⁾⁽⁵⁾ :	Code ⁽⁵⁾ :
	Siège ⁽⁶⁾⁽⁵⁾ :	Code ⁽⁵⁾ :
38.	Conséquences de l'accident ⁽⁶⁾⁽³⁾ : <input type="checkbox"/> la victime n'a pas interrompu le travail <input type="checkbox"/> la victime a interrompu le travail le	
	⁽²⁾/...../..... pour une durée probable de jours <input type="checkbox"/> une incapacité permanente de travail est possible <input type="checkbox"/> décès	
39.	La victime a repris le travail le:/...../..... et l'incapacité permanente prévue est ⁽⁶⁾ : %	
40.	Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents:	
	.....	Code ⁽⁵⁾ :
	.....	Code ⁽⁵⁾ :
	.....	Code ⁽⁵⁾ :

Déclarant de l'autorité (nom et qualité):

.....

Nom du conseiller en prévention :

.....

Date ⁽²⁾:/...../.....

Signature :

Signature:

(*) Facultatif si la donnée 4 est remplie

(1) = Facultatif

(2) = Jour / mois / année

(3) = Cocher ce qui convient

(4) = Si d'application

(5) = Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe IV de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail (*M.B. 31 mars 1998*).

(6) = Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale.

(7) = Voir liste reprise à l'AR du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des accidents du travail.