

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 6 décembre 2005 modifiant l'arrêté royal du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des Accidents du Travail.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Emploi,
P. VANVELTHOVEN

Le Ministre de la Fonction publique,
C. DUPONT

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 6 december 2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 1999 tot vaststelling van de elementen van de ongevalsangifte over te dragen aan het Fonds voor Arbeidsongevallen.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Werk,
P. VANVELTHOVEN

De Minister van Ambtenarenzaken,
C. DUPONT

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
PERSONNEL ET ORGANISATION**

F. 2005 — 3416

[C - 2005/02119]

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

Le Ministre de l'Emploi,

Le Ministre de la Fonction publique,

Vu la loi du 3 juillet 1967 sur la prévention ou la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, notamment l'article 20 sexies, inséré par la loi du 22 mars 1999;

Vu l'arrêté royal du 24 janvier 1969 relatif à la réparation, en faveur des membres du personnel du secteur public, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail, notamment l'article 7, modifié par les arrêtés royaux des 21 novembre 1991 et 20 septembre 1998;

Vu 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, modifié par l'arrêté ministériel du 22 avril 1999;

Vu le protocole n° 147/3 B du 5 juillet 2005 du Comité commun à l'ensemble des services publics;

Vu l'avis 38.853/1/V du Conseil d'Etat, donné le 18 août 2005, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrêtent :

Article 1^{er}. Le modèle A annexé à 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, remplacé par l'arrêté ministériel du 22 avril 1999, est remplacé par le modèle A annexé au présent arrêté.

Art. 2. Le présent arrêté est applicable aux déclarations d'accidents survenus à partir du 1^{er} janvier 2005.

Bruxelles, le 6 décembre 2005.

Le Ministre de l'Emploi,
P. VANVELTHOVEN

Le Ministre de la Fonction publique,
C. DUPONT

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
PERSONEEL EN ORGANISATIE**

N. 2005 — 3416

[C - 2005/02119]

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

De Minister van Werk,

De Minister van Ambtenarenzaken,

Gelet op de wet van 3 juli 1967 betreffende de preventie van of de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector, inzonderheid op artikel 20 sexies, ingevoegd bij de wet van 22 maart 1999;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 januari 1969 betreffende de schadevergoeding ten gunste van de personeelsleden van de overheidssector, voor arbeidsongevallen en voor ongevallen op de weg naar en van het werk, inzonderheid op artikel 7, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 21 november 1991 en 20 september 1998;

Gelet op 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, gewijzigd bij het ministerieel besluit van 22 april 1999;

Gelet op het protocol nr. 147/3 B van 5 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor alle overheidsdiensten;

Gelet op advies 38.853/1/V van de Raad van State, gegeven op 18 augustus 2005, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluiten :

Artikel 1. Het model A gevoegd bij 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, vervangen bij het ministerieel besluit van 22 april 1999, wordt vervangen door het model A gevoegd bij dit besluit.

Art. 2. Dit besluit is van toepassing op de aangiften van ongevallen die zich hebben voorgedaan vanaf 1 januari 2005.

Brussel, 6 december 2005.

De Minister van Werk,
P. VANVELTHOVEN

De Minister van Ambtenarenzaken,
C. DUPONT

Annexe à l'arrêté ministériel du 6 décembre 2005 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

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) dès qu'il y a un jour d'incapacité.

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° (*): |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| 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 ? :
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 voir annexe). 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, coïncement 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: 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. Activité de la division, de la section ou du service où l'accident est survenu:

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): agent définitif contractuel stagiaire autre (à préciser)

25. Le lieu de l'accident est-il celui où la victime exerce habituellement sa fonction ? (3) Oui 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 PREVENTION

31. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle son activité habituelle au sein de sa division, son service ? ⁽³⁾
 Oui Non Si non, préciser :

32. Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? ⁽³⁾
 Oui 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⁾ Oui 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⁾: la victime n'a pas interrompu le travail la victime a interrompu le travail le
⁽²⁾/...../..... pour une durée probable de jours une incapacité permanente de travail est possible 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 4bis 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.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 décembre 2005 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.

Le Ministre de l'Emploi,

P. VANVELTHOVEN

Le Ministre de la Fonction publique,

C. DUPONT

Bijlage bij het ministerieel besluit van 6 december 2005 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

MODEL A - AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Elk ongeval moet worden aangegeven. De aangifte mag uitgaan van het slachtoffer, zijn rechtverkrijgende, 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 WERKGEVER

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 SLACHTOFFER

5. Naam en voornamen:
 Naam van de echtgenoot (1):
 6. Geboortedatum(2):/...../..... Geslacht (3): M 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 ONGEVAL

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) Ja 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) Ja 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
 (bijvoorbeeld: lopen, gaan zitten, vervoeren van een last, enz.) EN de daarbij betrokken voorwerpen (bijvoorbeeld: meubilair, informaticamateriaal, doorgangsoverlappen, enz.)

 d) Welke gebeurtenissen die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid?
 (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 worden, enz.) Vermeld alle gebeurtenissen EN de voorwerpen die daarbij een rol hebben gespeeld
 (bijvoorbeeld: meubilair, informaticamateriaal, doorgangsoverlappen, enz.)

 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; beknelling 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, doorgangsoverlappen, 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: Polissnr.:

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 PREVENTIE

31.	Oefende het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval zijn gewoonlijke werkzaamheid uit in zijn afdeling, zijn dienst ? (3) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
33.	Soort werk:	Code (7):
34.	Laatst 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): <input type="checkbox"/> het slachtoffer heeft het werk niet onderbroken <input type="checkbox"/> het slachtoffer heeft het werk onderbroken op (2)/...../..... voor een waarschijnlijke duur van dagen <input type="checkbox"/> er wordt een blijvende ongeschiktheid verwacht <input type="checkbox"/> 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 4bis 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.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 december 2005 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.

De Minister van Werk,

P. VANVELTHOVEN

De Minister van Ambtenarenzaken,

C. DUPONT