

Annexe à l'arrêté ministériel du 13 avril 2008 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. Il doit être accompagné du modèle B (attestation médicale), dès qu'il y a plus d'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:|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|

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 du dossier auprès du service médical compétent:
 9. Numéro de compte bancaire (4): IBAN _____
 Etablissement financier : BIC _____
 10. Résidence principale: Rue / n° / boîte:
 Code postal: |..|..|..|..| Commune:

III. Données concernant l'ACCIDENT

11. Jour de l'accident: Date (2):/...../..... h min
 12. Lieu de l'accident:
 dans l'administration, le service ou l'établissement à l'adresse mentionnée au champ 2
 sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : oui non
 à un autre endroit
 Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier)
 Rue/numéro/boite :
 Code postal : |..|..|..|..| Commune : Pays :
 Numéro du chantier: _____
 13. 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, du fait des fonctions exercées par la victime) ? (3) Oui Non
 14. a) Dans quel environnement (**type de lieu**) la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ? (p.ex., aire de maintenance,, lieu d'élevage de bétail, bureau, école, magasin, hôpital, parking, salle de sports, toit d'un hôtel, maison privée, égout, jardin, autoroute, navire à quai, sous l'eau, 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., transformation de produits, stockage, tâches de type forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, etc. OU tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage.)

c) Précisez **l'activité spécifique** de la victime lorsque l'accident s'est produit (p.ex., remplissage de la machine, utilisation d'outillage à main, conduite d'un moyen de transport, saisie, levage, roulage, portage d'un objet, fermeture d'une boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.) ET les **objets impliqués (agent matériel)** (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

d) Quels **événements déviant** par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (p. ex., problème électrique, explosion, feu, débordement, renversement, écoulement, émission de gaz, rupture, chute ou effondrement d'objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, 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., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, 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 un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelissement, enveloppement par quelque chose (gaz, liquide, solide), 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 (agent matériel)** (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

15. Premiers soins donnés le (2)/...../..... à h par le médecin ou dans l'établissement hospitalier:

Nom:
Rue / n° / boîte: Code postal: |..|..|..|..| Commune:

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

17. Nom et adresse du responsable éventuel:
et de son assureur:

18. 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).

19. **Nature de l'accident** (3) : accident du travail accident sur le chemin du travail accident en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime (article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967)

IV. Données concernant l'EMPLOYEUR

20. Adresse de la division ou du service dont dépend la victime :
Rue / n° / boîte: Code postal: |..|..|..|..| Commune:

21. Service externe chargé du contrôle médical - Nom:
Rue / n° / boîte: Code postal: |..|..|..|..| Commune:

22. 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 :

23. 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

24. Date d'entrée en service de la victime (2):/...../.....
25. Durée de l'emploi : indéterminée déterminée
26. La date de sortie de service est-elle connue ? oui non Si oui, date de sortie de service (2):/...../.....
27. Nature de l'emploi : à temps plein à temps partiel

28. Catégorie professionnelle (3): agent définitif contractuel stagiaire autre (à préciser)
29. Fonction habituelle dans l'administration: Code CITP : |..|..|..|
30. Durée d'exercice de cette fonction par la victime dans l'administration, dans le service ou l'établissement :
 moins d'une semaine d'une semaine à un mois d'un mois à un an plus d'un an
31. A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (5)
 poste de travail habituel ou unité locale habituelle
 poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur
 autre poste de travail
32. Date de déclaration à l'employeur (2):/...../.....
33. Heures à prester par la victime le jour de l'accident: de h à h et de h à h
34. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) :

VI. Données concernant la PREVENTION

35. Activité de la division ou du service où la victime exerce habituellement sa fonction :

36. 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
37. Type de travail: Code (8): |..|..|
38. Dernière déviation qui a conduit à l'accident: Code (6): |..|..|
39. Agent matériel de cette déviation: Code (6): |..|..| |..|..|
40. Contact-modalité de la blessure: Code (8): |..|..|
41. Lésion - Nature (7)(6): Code (6): |..|..| Localisation (7)(6): Code (6): |..|..|
42. Conséquences de l'accident (7)(6) :
 pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir
 pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir
 incapacité temporaire de travail
 incapacité permanente de travail à prévoir : l'incapacité permanente prévue est : %
 décès, date du décès (2):/...../.....
43. Cessation de l'activité professionnelle – date (2):/...../..... h min
44. Date de reprise effective du travail (2):/...../.....
 S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours
45. De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?
 aucun casque gants lunettes de sécurité écran facial
 veste de protection tenue de signalisation protection de l'ouïe chaussures de sécurité
 masque respiratoire avec apport d'air frais masque respiratoire à filtre masque antiseptique
 protection contre les chutes autres :
46. Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents:
 Code (6): |..|..|
 Code (6): |..|..|
 Code (6): |..|..|

Déclarant de l'autorité (nom et qualité):

Nom du conseiller en prévention :

Date (2):/...../.....

Signature :

Signature:

(1) = Facultatif

(2) = Jour / mois / année

(3) = Cocher ce qui convient

(4) = Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.

(5) = Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail.

- (6) = 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*).
- (7) = Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale.
- (8) = 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 @@@@ 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.

La Ministre de l'Emploi,

J. MILQUET

La Ministre de la Fonction publique,

I. VERVOTTE

Bijlage bij het ministerieel besluit van 13 april 2008 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 rechtverkriggende, zijn hiërarchische meerdere of iedere andere belanghebbende persoon. Dit formulier, goed ingevuld, moet zo spoedig mogelijk naar de bevoegde dienst van uw administratie worden gestuurd. De aangifte moet vergezeld zijn van het model B (medisch attest) zodra er meer dan één dag ongeschiktheid is.

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: 	

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. Dossiernummer bij de bevoegde medische dienst:	
9. Bankrekeningnummer (4): IBAN _____	
Financiële instelling: BIC _____	
10. Hoofdverblijfplaats: Straat / nr. / bus:	
Postcode: Gemeente:	

III. Gegevens over het O N G E V A L	
11. Dag van het ongeval:	Datum (2):/...../..... uur minuten
12. Plaats van het ongeval:	
<input type="checkbox"/> in de administratie, dienst of inrichting op het adres vermeld in veld 2	
<input type="checkbox"/> op de openbare weg. In bevestigend geval, betrof het een verkeersongeval?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
<input type="checkbox"/> op een andere plaats	
Indien u één van de twee laatste keuzes hebt aangekruist, vermeldt het adres (in geval van een tijdelijke of mobiele werkplaats kan u het beperken tot de postcode en het werfnummer)	
Straat, nummer:	
Postcode: Gemeente: Land:	
Wurfnummer: _____	
13. 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 wegens het door het slachtoffer uitgeoefend ambt)? (3) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
14. a) In welke <u>omgeving</u> (soort plaats) bevond het slachtoffer zich toen het ongeval zich voordeed? (bijvoorbeeld: <i>onderhoudsruimte; locatie voor veeteelt; kantoor; school; warenhuis; ziekenhuis; parkeerplaats; sporthal; op het dak van een hotel; particuliere woning; riool; tuin; autoweg; aan boord van een aangemeerd schip; onder water; enz.</i>) ?	
.....	
.....	
b) Bepaal de <u>algemene activiteit</u> (soort werk) of de taak (in de ruime zin) die het slachtoffer aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed: (bijvoorbeeld: <i>verwerking van producten, opslag, werk in de landbouw of bosbouw, werk met levende dieren, verzorging, bijstand aan een persoon of aan personen, opleiding, kantoorwerk, inkoop, verkoop, enz. OF de nevenactiviteiten van deze verschillende werkzaamheden, zoals installatie, losmaken, onderhoud, reparatie of schoonmaken</i>).	
.....	
.....	

c) Bepaal de **specifieke activiteit** die de getroffen(e) aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld: *vullen van de machine, werken met handgereedschap, besturen van een transportmiddel, grijpen, optillen, een voorwerp rollen, een last dragen, een doos sluiten, een ladder opgaan, lopen, gaan zitten, enz.*) EN het daarbij **betrokken voorwerp** (bijvoorbeeld: *gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.*).

.....

.....

d) Welke **gebeurtenissen** die **afwijken** van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid? (bijvoorbeeld: *elektrische storing; explosie; vuur; overlopen, kantelen, lekken, gasvorming, barsten, vallen of instorten van voorwerp; abnormaal starten of functioneren van een machine; verlies van controle over een transportmiddel of voorwerp; uitglijden of val van persoon; ongepaste handeling; verkeerde beweging; verrassing; schrik; geweldpleging; aangevallen worden; enz.*). Vermeld alle gebeurtenissen EN de daarbij **betrokken voorwerpen** (bijvoorbeeld: *gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.*).

.....

.....

e) Hoe is het slachtoffer (fysieke of psychische letsel) gewond geraakt? Beschrijf in dalende volgorde van belangrijkheid alle verschillende **contacten** die de verwonding(en) hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld: *contact met elektrische stroom, een warmtebron of gevaarlijke stoffen; verdrinking; bedolven worden; door iets ingesloten worden (gas, vloeistof, vaste materie); 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: *gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.*).

.....

.....

15. Eerste zorgen verstrekt op ⁽²⁾/...../..... om uur door de geneesheer of in het ziekenhuis:
 Naam :
- Straat / nr. / bus: Postcode: |..|..|..| Gemeente:
16. Proces-verbaal opgesteld te op ⁽²⁾/...../..... door
17. Naam en adres van de eventuele aansprakelijke:
 en van zijn verzekeraar: Polisnr.:
- | 18. 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 FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg 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*).

19. **Aard van het ongeval** ⁽³⁾ : arbeidsongeval ongeval op de weg naar en van het werk ongeval overkomen buiten de uitoefening van de dienst, maar veroorzaakt door een derde wegens het door het slachtoffer uitgeoefend ambt (art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967)

IV. Gegevens over de WERKGEVER

20. Adres van de afdeling of dienst waarvan het slachtoffer afhangt : Straat / nr. / bus:
 Postcode: |..|..|..| Gemeente:
21. Externe dienst belast met het medisch toezicht - Naam:
 Straat / nr. / bus: Postcode: |..|..|..| Gemeente:
22. 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 :
23. 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

24. Datum van indiensttreding van het slachtoffer ⁽²⁾:/...../.....
25. Duurtijd van de tewerkstelling: voor onbepaalde duur voor bepaalde duur
26. Is de datum van uitdiensttreding gekend? : ja neen Zo ja, datum uitdiensttreding ⁽²⁾:/...../.....
27. Aard van de tewerkstelling: voltijds deeltijds

28. Beroepscategorie ⁽³⁾: vast benoemd contractueel stagiair andere (welke?):
29. Gewone functie in de administratie: ISCO-code : |..|..|..|
30. Hoelang oefende de getroffene dit beroep in de administratie, dienst of inrichting uit?
 minder dan één week één week tot één maand één maand tot één jaar langer dan één jaar
31. Aan welk soort werkplek stond het slachtoffer op het moment van het ongeval? ⁽⁵⁾:
 gebruikelijke werkplek of lokale eenheid
 occasionele of mobiele werkplek of onderweg voor rekening van de werkgever
 andere werkplek
32. Datum van kennisgeving aan de werkgever ⁽²⁾:/...../.....
33. Door het slachtoffer te presteren uren op de dag van het ongeval: van uur tot uur en van uur tot uur
34. 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

35. Activiteit van de afdeling of dienst waar het slachtoffer gewoonlijk zijn functie uitoefent:

36. 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
37. Soort werk: Code ⁽⁸⁾: |..|..|
38. Laatst afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid: Code ⁽⁶⁾: |..|..|
39. Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis: Code ⁽⁶⁾: |..|..| |..|..|
40. Contact – wijze van verwonding: Code ⁽⁸⁾: |..|..|
41. Letsel - Soort ⁽⁷⁾⁽⁶⁾: Code ⁽⁶⁾: |..|..|..| Verwond deel ⁽⁷⁾⁽⁶⁾: Code ⁽⁶⁾: |..|..|
42. Gevolgen van het ongeval ⁽⁷⁾⁽⁶⁾:
 geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid en geen prothesen te voorzien
 geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, wel prothesen te voorzien
 tijdelijke arbeidsongeschiktheid
 blijvende arbeidsongeschiktheid te voorzien: de voorziene blijvende ongeschiktheid is: %
 overlijden, datum van overlijden ⁽²⁾:/...../.....
43. Stopzetting van de beroepsactiviteit – datum ⁽²⁾:/...../..... uur minuten
44. Datum van de effectieve werkhervatting ⁽²⁾:/...../.....
 Indien het werk nog niet is hervat, de waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid: dagen
45. Welke beschermingsmiddelen droeg de getroffene op het ogenblik van het ongeval?
 geen helm handschoenen veiligheidsbril aangezichtsscherm
 beschermingsvest signalisatiekledij gehoorbescherming veiligheidsschoeisel
 ademhalingsmasker met verse luchttoevoer ademhalingsmasker met filter gewoon mondmasker
 valbeveiliging andere:
46. Getroffen of te treffen maatregelen om gelijkaardige ongevallen te vermijden:
 Code ⁽⁶⁾: |..|..|
 Code ⁽⁶⁾: |..|..|
 Code ⁽⁶⁾: |..|..|

Aangever namens de overheid (naam en hoedanigheid):

Naam van de preventieadviseur:

Datum ⁽²⁾:/...../.....

Handtekening:

Handtekening:

(1) = Facultatief

(2) = Dag / maand / jaar

(3) = Aankruisen wat van toepassing is

(4) = Verplicht formaat vanaf 2011. Tot in 2010 kan u uw rekeningnummer eveneens meedelen in het formaat met 12 posities.

(5) = Niet invullen indien het een ongeval op de arbeidsweg betreft.

- (6) = 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 (*B.S. 31 maart 1998*).
- (7) = Deze informatie vindt u op het medisch attest.
- (8) = 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 @@@@ 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

J. MILQUET

De Minister van Ambtenarenzaken

I. VERVOTTE