

**Arrêté du Gouvernement de la Communauté française
modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté
française du 31 mai 1995 pris en application du décret du
22 décembre 1994 portant des mesures urgentes en matière
d'enseignement**

A.Gt 24-07-2000

M.B. 29-09-2000

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 22 décembre 1994 portant des mesures urgentes en matière d'enseignement, notamment les articles 4, 7 et 10;

Vu l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 31 mai 1995 pris en application du décret du 22 décembre 1994 portant des mesures urgentes en matière d'enseignement;

Sur la proposition du Ministre de la Jeunesse, de la Fonction publique et de l'Enseignement de promotion sociale;

Vu la délibération du Gouvernement de la Communauté française du 20 juillet 2000,

Arrête :

Article 1er. - Les annexes 1 à 3 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 31 mai 1995 pris en application du décret du 22 décembre 1994 portant des mesures urgentes en matière d'enseignement sont remplacées par les annexes 1 à 3 jointes au présent arrêté.

Article 2. - Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa signature.

Article 3. - Le Ministre ayant les statuts des personnels de l'Enseignement dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 24 juillet 2000.

Par le Gouvernement de la Communauté française :

Le Ministre de la Jeunesse, de la Fonction publique et de l'Enseignement de promotion sociale,

W. TAMINIAUX

Annexe 1

Rapport de contrôle

| |
|-------------|
| TRAVAILLEUR |
|-------------|

Etablissement, Centre ou service demande n°

Nom

Prénom

Nom de l'époux

Rue n° bte

Domicile

Durée de l'absence : du au

Nom, domicile du médecin traitant

Madame, Monsieur,

Après examen, j'estime que :

O votre absence pour maladie est médicalement justifiée

O vous êtes en état de reprendre vos fonctions à partir du :

Si vous ne reprenez pas le travail le jour indiqué ci-dessus, vous devrez en avertir votre chef d'établissement, directeur de centre ou supérieur hiérarchique au plus tard le jour ouvrable qui suit la décision.

Par ailleurs, il vous est loisible d'introduire un recours selon la procédure fixée aux articles 10 à 18 du décret du 22.12.94 portant des mesures urgentes en matière d'enseignement

Date : Le médecin-contrôleur,

(cachet et signature)

Je marque mon accord sur les conclusions du médecin-contrôleur et renonce à ce qu'il soit fait appel à mon médecin traitant

Je ne marque pas mon accord sur les conclusions du médecin-contrôleur et demande qu'il soit fait appel à mon médecin traitant

(cochez la case ad hoc)

Signature du travailleur

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin contrôleur.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 24 juillet 2000 modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 31 mai 1995 pris en application du décret du 22 décembre 1994 portant des mesures urgentes en matière d'enseignement.

Le Ministre de la Jeunesse, de la Fonction publique et de l'Enseignement de



promotion sociale,

W. TAMINIAUX

Annexe 2

Absence d'un jour

(à remplir par le chef immédiat)

Nom (de jeune fille pour les femmes mariées) et prénoms :

Adresse :

Numéro de matricule :

est malade pour un jour le :

Matricule de l'établissement :

Cachet de l'établissement :

Nom + signature du chef d'établissement

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 24 juillet 2000 modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 31 mai 1995 pris en application du décret du 22 décembre 1994 portant des mesures urgentes en matière d'enseignement.

Le Ministre de la Jeunesse, de la Fonction publique et de l'Enseignement de promotion sociale,

W. TAMINIAUX

Annexe 3

| VOLET A REMPLIR PAR LE PATIENT | VOLET A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT | VOLET A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT |
|---|--|--|
| Nom (de jeune fille pour les femmes mariées) : | Je soussigné(s), Docteur en médecine, certifie avoir interrogé et examiné personnellement; | Je soussigné(s), Docteur en médecine, certifie avoir examiné M/Me le |
| Prénom : | M/Me/Melle | Cachet du médecin : |
| Date de naissance : | et l'avoir reconnu(e) incapable de travailler, | |
| Numéro de matricule : | du.....au..... inclus | Date et signature (à conserver par le patient) |
| Adresse de séjour pendant l'incapacité (uniquement si elle diffère de la résidence légale) : | Pour cause de O maladie O rechute | |
| | Nature de l'affection : | |
| Numéro de matricule et adresse du ou des établissement(s) où l'enseignant sera absent dans le cadre du présent congé : | O accident (autre qu'accident de travail) survenu le O congé de maternité, du..... au..... sortie autorisée O sortie interdite O Hospitalisation O Cachet du médecin : | |
| VOLET A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR | Date et signature : | |
| A cacheter avant distribution. Matricule de l'établissement : Cachet de l'établissement : | | |

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 24 juillet 2000 modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 31 mai 1995 pris en application du décret du 22 décembre 1994 portant des mesures urgentes en matière d'enseignement.

Le Ministre de la Jeunesse, de la Fonction publique et de l'Enseignement de
promotion sociale,

W. TAMINIAUX

