

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française pris en application du décret du 22 décembre 1994 portant des mesures urgentes en matière d'enseignement

A.Gt 31-05-1995 M.B. 20-10-1995

modification :

A.Gt 24-07-00 (M.B. 29-09-00)

A.Gt 18-10-01 (M.B. 13-12-01)

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 le protocole du 17 mars 1995 du Comité de secteurs IX et du Comité des services publics provinciaux et locaux, section II ;

Vu la délibération du Gouvernement de la Communauté française du 2 mai 1995 ;

Sur la proposition du Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique, de l'Aide à la Jeunesse et des Relations internationales et du Ministre de l'Education et de l'Audiovisuel,

Arrête :

Article 1er. - Le certificat médical, la carte de service pour absence d'un jour et le rapport de contrôle visés aux articles 4, 7 et 10 du décret du 22 décembre 1994, portant des mesures urgentes en matière d'enseignement sont établis selon les modèles annexés au présent arrêté.

Article 2. - Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 1995.

Article 3. - Le Ministre de l'Education et le Ministre de l'Enseignement supérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Remplacée par A.Gt 24-07-2000

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.



Remplacée par A.Gt 24-07-2000

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



remplacée par A.Gt 24-07-2000 ; puis par A.Gt 18-10-2001

**Annexe 3
CERTIFICAT MEDICAL**

VOLET A REMPLIR PAR LE PATIENT	VOLET A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT
Nom (de jeune fille pour les femmes mariées) : Prénom : Date de naissance : Numéro de matricule Adresse de séjour pendant l'incapacité: Numéro de matricule et adresse du ou des établissement(s) où l'enseignant sera absent dans le cadre du présent congé :	Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir interrogé et examiné personnellement; M/Me/Melle et l'avoir reconnu(e) incapable de travailler, du..... .. au..... .. inclus Pour cause de : <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> prolongation <input type="checkbox"/> maladie liée à la grossesse <input type="checkbox"/> rechute Nature de l'affection : <input type="checkbox"/> accident (autre qu'accident de travail) survenu le <input type="checkbox"/> congé de maternité, du..... .. au..... .. inclus <input type="checkbox"/> demande de mi-temps médical, du..... .. au..... .. inclus sortie autorisée <input type="checkbox"/> sortie interdite <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Cachet du médecin : Date et signature:
VOLET A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR A cacheter avant distribution. Matricule de l'établissement : Cachet de l'établissement :	

**VOLET A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT
à conserver par le patient**

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir examiné M/Me/Melle
 le

Cachet du médecin :

Date et signature

