

DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

Internet des MSA

Art D.751-85 et D.751-93 du Code Rural et de la Pêche Maritime

Ce document a été transmis à la MSA de : 21-Côte-d'Or le 07/03/2022 à 17 heures et 45 minutes
où il a été référencé sous le numéro : DAT_20220307_21_38396734600016_38396734600016_174510

Employeur

DOMAINE A F GROS

Entreprise déclarante : 38396734600016 Adresse email : annie.moreau@andrebt.com
Entreprise déclarée : 38396734600016 Téléphone :
Nom, Prénom ou dénomination : DOMAINE A F GROS
Adresse : 5 GRANDE RUE
21630 POMMARD

Victime

BRAHIMI AKIM

Nom de naissance : BRAHIMI Prénoms : AKIM
Nom d'usage ou marital : Sexe : Masculin
N° d'immatriculation : 1710621295010 Date de naissance : 02/06/1971
Nationalité : Française Lieu de naissance : GEVREY
CHAMBERTIN

Adresse :

10 Place PLACE DU MONUMENT

21220 MOREY ST DENIS

Tél :

Secteur professionnel :

Viticulture

Date d'embauche :

22/01/2018

Qualification professionnelle :

Ouvrier qualifié de type
artisanal

Ancienneté dans le poste :

4 ANS

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?

Oui Non

Heure d'embauche :

Profession : TACHERON

Accident

Date :

04/03/2022

Horaire de travail de la victime

08:00 à 12:00

le jour de l'accident :

et de 13:00 à 17:00

Lieu de l'accident :

Lieu de travail habituel

Localité :

VOSNE ROMANEE

Lieu précis :

Verger, vigne, houblonnière

Heure :

14:00

Circonstances détaillées de l'accident :

EN FAISANT LA REPARATION DES BAGUETTES DANS LA VIGNE DES
CHALANDINS QUE MONSIEUR BRAHIMI A EN TACHE. IL A CHUTE
APRES S'ETRE PRIS LES PIEDS DANS DES CEPS RESTES AU

SOL.SON GENOU DROIT A PERCUTE LE SOL OCCASIONNANT DOULEURS ET INFLAMMATION

Tâches effectuées par la victime au moment de l'accident :
Siège des lésions :
Lieu où a été transportée la victime

REPARATION DES BAGUETTES
Membres inférieurs

Nature des lésions : **Inflammation**

- Accident constaté
 Accident connu
 Accident inscrit au registre des accidents bénins

le : **04/03/2022 à 20:17**
Par :
sous le n° :
décrit par la victime

Conséquences :

sans arrêt de travail
 avec arrêt de travail
 décès
 non connues à ce jour

Témoins

Nom, prénom :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ?

Oui Non

Par qui ?

Tiers

L'accident a-t-il été causé par un tiers ?

Oui Non

Si oui, nom et adresse du tiers :

Société d'assurance du tiers :

Déclarant

Si le déclarant n'est pas l'employeur
Nom, Prénom :

Qualité :

Fait à : **POMMARD**

Le : **07/03/2022**

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données qui vous concernent conformément aux articles 36 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
Pour l'exercer, adressez-vous à Siège Social : 14 Rue Félix TRUTAT 21046 DIJON CEDEX ou à bourgogneblifwebmaster.blif@bourgogne.msa.fr.