

DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

Internet des MSA

Art D.751-86 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@andrehti.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
Norm 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

Tél :

21220 MOREY ST DENIS

Secteur professionnel :
Date d'embauche :
Qualification professionnelle :
Ancienneté dans le poste :
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?

Viticulture
22/01/2018
Ouvrier qualifié de type
artisanal
4 ANS
 Oui Non
Heure d'embauche :
Profession : TACHERON

Accident

Date :
Horaire de travail de la victime
le jour de l'accident :
Lieu de l'accident :
Localité :
Lieu précis :

04/03/2022
08:00 à 12:00
et de 13:00 à 17:00
Lieu de travail habituel
VOSNE ROMANEE
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 **REPARATION DES
BAGUETTES**
au moment de l'accident : **Membres inférieurs**
Siège des lésions : **Nature des lésions : Inflammation**
Lieu où a été transportée la victime

Accident constaté
 Accident connu
 Accident inscrit au registre des accidents bénins

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

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 38 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 bourgognebivemaster.biff@bourgogne.msa.fr.