



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

Tél : 21220 MOREY ST DENIS

Secteur professionnel : Viticulture
Date d'embauche : 22/01/2018 Heure d'embauche :
Qualification professionnelle : Ouvrier qualifié de type artisanal Profession : TACHERON
Ancieneté dans le poste : 4 ANS
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non

Accident

Date : 04/03/2022 Heure : 14:00
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

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 CEPES RESTES AU

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

Tâches effectuées par la victime **REPARATION DES**
au moment de l'accident : **BAGUETTES**
Siège des lésions : **Membres inférieurs** Nature des lésions : **Inflammation**
Lieu où a été transportée la victime

Accident constaté le : **04/03/2022 à 20:17**
 Accident connu Par : **décrit par la victime**
 Accident inscrit au registre des accidents bénins 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 TRUITAT 21046 DIJON CEDEX ou à boujognedbf@webmaster.dif@bourgogne.msa.fr.

certificat d'arrêt de travail

accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial
- de prolongation
- final
- de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville :

n° téléphone :

bâtiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ?

d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui

non (2)

(voir notice 1)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

l'arrêt de travail

- arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
- et
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui à partir du

non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 2)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non

oui à partir du

(voir notice 3)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du

au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice 6)

**CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE
OU AU POLE EMPLOI SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE**

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR YOLOGAZA-BERTHIER Normmy

=> 21 1 00778 6

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e