

EQUITATION**NOM :****Prénom :**

Date de naissance :

Profession:

Pratiquez-vous l'équitation en tant que : Amateur Professionnel

Merci de répondre par OUI ou par NON :

Faites-vous des compétitions ?

- concours hippiques

- dressage

- saut d'obstacle, jumping, cross

- concours complet

<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI

Etes-vous lad ?

<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Etes-vous entraîneur ?

- trot attelé, plat

- obstacle

<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI

Etes-vous jockey ?

- trot attelé, plat

- obstacle

- apprenti

<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI

Pratiquez-vous ?

- la randonnée équestre

- le manège

- la chasse à courre

- la course d'attelage

- la voltige

- le horse-ball

- le polo

- la joute équestre

- le hunter

- le Western Equitation

<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI

- autres pratiques non citées ci-dessus (précisez) :

A REMPLIR DANS TOUS LES CASDans le cadre de votre activité sportive, avez-vous été victime d'accident(s) ? oui non

Dans quelles conditions et quand ?

Nature et durée des traitements éventuellement suivis :

Séquelles éventuelles ? oui non

Lesquelles ? (nature, degré)

Votre activité sportive fait-elle l'objet d'un suivi ou d'un contrôle médical annuel ? oui non

Date du dernier contrôle :

Résultat : normal anormal

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

Date

Signature