

NAUTISME - VOILE - MOTONAUTISME

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

EXPERIENCE/FORMATION

Pratique de la voile, du nautisme ou du motonautisme depuis quand ? _____

Formation reçue / brevet de navigation : _____
Précisez : _____

Participez-vous à des compétitions : oui en amateur en professionnel
 non

ACTIVITES PRATIQUEES

VOILE – YACHTING

Navigation de plaisance, sans compétition :

- Voile, yachting côtier à moins de 20 milles d'un abri côtier, tourisme fluvial
- Voile, yachting côtier entre 20 et 60 milles d'un abri côtier
- Longue traversée : Manche, Méditerranée
 Atlantique
- Tour du Monde
- Autre
- Skipper professionnel (hors compétitions)

Compétitions

- Régates : dériveur, catamaran léger
 Coupe de l'Amérique ou autres régates
- Courses croisières ou à étapes** en équipage en solitaire
- Courses au large** en équipage en double en solitaire

Courses croisières ou à étapes, ou courses au large, précisez les noms des courses : _____

Autre (précisez) : _____

SPORTS NAUTIQUES (cocher toutes les activités pratiquées)

- Aviron
- Canoë-kayak : descente de rivières raid dans le monde entier
- Canyoning, descente de canyons, spéléologie à ciel ouvert
- Char à voile
- Fun-board
- Hockey subaquatique
- Hydrospeed ou nage en eaux claires
- Joute nautique
- Kayak en mer, en rivière sur lac Kayak-polo
- Kitesurf ou flysurf
- Planche à voile, windsurf, speed sail : sans compétition avec compétition
- Plongeon de haut vol ou artistique
- Rafting
- Ski nautique, ski nautique pieds nus (bare-foot) : sans compétition avec compétition
- Ski nautique avec cerf-volant (parachutisme ascensionnel)
- Surf, surboard, planche hawaïenne : sans compétition avec compétition
- Autres (précisez) : _____

MOTONAUTISME

loisir : bateau à moteur, hors-bord sans compétition
 scooter des mers, jet ski, sans compétition

compétitions : in-shore off-shore jet ski, scooter des mers,

A REMPLIR DANS TOUS LES CAS

Dans 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 :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

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

Fait le :

Signature