

**SPORTS DE COMBAT
ARTS MARTIAUX**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Pratiquez-vous ce(s) sport(s) en tant que : amateur professionnel

Activité(s) pratiquée(s) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Savate défense | <input type="checkbox"/> Sambo |
| <input type="checkbox"/> Wendo | <input type="checkbox"/> Aïkido - Aïkibudo |
| <input type="checkbox"/> Systema | <input type="checkbox"/> Hapkido |
| <input type="checkbox"/> Close combat | <input type="checkbox"/> Jiu-Jitsu |
| <input type="checkbox"/> Krav-maga | <input type="checkbox"/> Judo |
| <input type="checkbox"/> Boxe française – Savate | <input type="checkbox"/> Karaté |
| <input type="checkbox"/> Boxe anglaise | <input type="checkbox"/> Kenpo |
| <input type="checkbox"/> Boxe américaine – full contact | <input type="checkbox"/> Kung- Fu – Boxe chinoise |
| <input type="checkbox"/> Boxe birmane | <input type="checkbox"/> Pencak-Silat |
| <input type="checkbox"/> Capoeira | <input type="checkbox"/> Taekwondo |
| <input type="checkbox"/> Catch | <input type="checkbox"/> Tai Chi Chuan |
| <input type="checkbox"/> Kick-boxing américain | <input type="checkbox"/> Vovinam Viet Vo Dao |
| <input type="checkbox"/> Kick-boxing japonais | <input type="checkbox"/> Yoseikan Budo |
| <input type="checkbox"/> Lutte | <input type="checkbox"/> Kobudo |
| <input type="checkbox"/> Boxe thaïlandaise (Muay thai) | <input type="checkbox"/> MMA (combat libre / Free fight) |
| <input type="checkbox"/> Pancrace | <input type="checkbox"/> Autre(s) (précisez) : |

Quel est votre niveau et diplômes obtenus pour ce(s) sport(s) :
.....

Appartenez-vous à une fédération/ club/ association ? : Oui Non

Si oui, précisez :

A quelle fréquence pratiquez-vous ce(s) sport(s)? Depuis Quand ? :

Participez- vous à des compétitions, des tournois et/ou des démonstrations ? : Oui Non

Si oui, précisez:

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 : Normal Anormal

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

Date:

Signature: