

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom
Date de naissance: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div>	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 2 dernières années de l'alpinisme ou de l'escalade?  Oui  Non

**1** Laquelle ou lesquelles de ces disciplines pratiquez-vous?  
 Alpinisme       Escalade sur bloc       Randonnée  
 Escalade en salle       Escalade sur glace       Trekking       Autre: \_\_\_\_\_

**2** Depuis quand pratiquez-vous cette ou ces disciplines?   

Année
Mois

**3** À quelle fréquence pratiquez-vous cette ou ces disciplines? \_\_\_\_\_

**4** Précisez la formation reçue et les brevets ainsi que les niveaux ou qualifications obtenus: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5** Grimpez-vous en solo ou en nocturne?  Oui  Non  
 Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

**6** Êtes-vous membre d'un club ou d'une association sportive pour la pratique de cette ou ces disciplines?  Oui  Non  
 Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

**7** Remplissez le tableau ci-dessous avec les renseignements relatifs à la pratique de cette ou ces disciplines depuis les 2 dernières années, et pour les 2 prochaines années.

Endroit (région)	Date		Altitude ou hauteur moyenne	Altitude ou hauteur maximum
	Année	Mois		
_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	_____	_____
_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	_____	_____
_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	_____	_____
_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	_____	_____

**8** Avez-vous cessé définitivement votre participation à ce sport?  Oui  Non

**9** Date de votre dernière participation:   

Année
Mois

**10** Dans le cadre de la pratique de cette ou ces disciplines, avez-vous été victime d'un ou de plusieurs accidents ?  Oui  Non

Si oui, précisez (date, circonstances, séquelles, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11** Remarques additionnelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

X  
Signature de la personne à assurer ou de son tuteur légal si la personne à assurer  
a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

X  
Signature du témoin