

<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 du deltaplane?  Oui  Non

1 Depuis quand pratiquez-vous ce sport?   

Année
Mois

2 Êtes-vous membre d'un club?  Oui  Non **Si oui**, depuis quand?   

Année
Mois

3 À quel titre pratiquez-vous?  Amateur  Professionnel

4 Effectuez-vous des tentatives de record?  Oui  Non

5 Date de votre dernière participation:   

Année
Mois

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

7 Remarques additionnelles: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Signé à  ce  jour de  20 .

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

Signature du témoin