



**RENOUVELLEMENT de LICENCE FÉDÉRALE  
saison 2023-2024**

**Judo (FFJDA)** ou  **Tir à l'arc (FFTA)**

Nom et prénom du pratiquant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Certificat médical initial fourni le : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

**Je soussigné, atteste avoir répondu « NON » à toutes les questions figurant sur le  
« Questionnaire de santé – QS – Sport ».**

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R47821>

Paris le : \_\_\_\_\_

Nom du signataire et signature :  
  
\_\_\_\_\_