



**FRANCE  
JUDO**

**PRISE DE LICENCE  
MAJEURS**

**ATTESTATION  
QUESTIONNAIRE MEDICAL**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM].....,  
atteste avoir renseigné le questionnaire médical et avoir répondu par la négative à l'ensemble des  
rubriques.*

*Date et signature du sportif.*