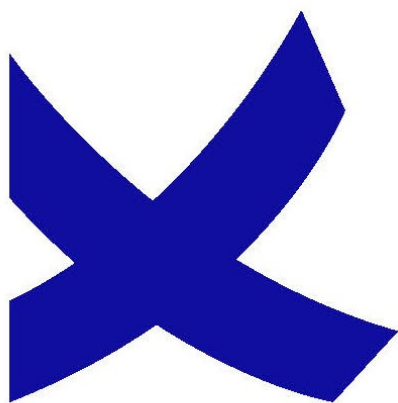




**FRANCE
KENDO**

**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.