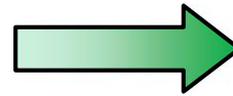


Je sollicite la délivrance d'une première licence FFN

OU

Je sollicite le renouvellement de ma licence après une interruption de licence



Je dois fournir un certificat médical datant de moins d'un an



Je sollicite le renouvellement de ma licence FFN d'une année sur l'autre

Je fournis un certificat médical de plus de trois ans

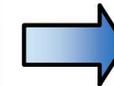


Je dois fournir un nouveau certificat médical



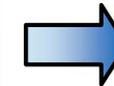
Je fournis un certificat médical de moins de trois ans

J'ai répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé



Je dois simplement remplir une attestation de réponse négative au questionnaire

J'ai répondu **OUI** à l'une des questions du questionnaire de santé



Je dois fournir un certificat médical

