FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BILLARD

BORDEREAU DEMANDE DE LICENCE

VIA UNE SALLE PARTENAIRE

SAISON 2026/2027

☐ **ANCIEN LICENCIE *** ☐ **NOUVELLE LICENCE**

**Si vous avez déjà été licencié une saison antérieure*

Nom :	**Prénom :**
Nom de naissance :	**Genre : masculin ☐ féminin ☐**
Date de naissance :	**Ville de naissance :** / **Dpt :**
Nationalité :	**Pays de naissance :**
Personne en situation de handicap : oui ☐ non ☐	
Adresse :	
CP :	**Ville :**
Pays :	**Tel domicile :**
Tel portable :	**Mail :**
Si déjà licencié à la FFB dans une saison antérieure Club d'appartenance :	Je ne souhaite pas recevoir la lettre de la Fédération ☐
Discipline (ne cocher qu'une seule discipline) : ☐ Américain ☐ Blackball ☐ Carambole ☐ Snooker	

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Conformément à la loi n°2022-296 du 2 mars 2022, la présentation d'un certificat médical d'absence de contrindication à la pratique sportive n'est plus obligatoire. Le licencié doit consulter l'auto-questionnaire de santé, il ne doit présenter un certificat médical que s'il répond positivement à une rubrique du questionnaire. **La gestion de ce certificat est placée sous la responsabilité du président du club qui en assure la conservation et la fourniture chaque fois que nécessaire.**

AUTORISATION PARENTALE DE PRELEVEMENT POUR LES MINEURS DANS LE CADRE D'UN CONTROLE ANTI-DOPAGE

Obligatoire pour les joueurs participant à des compétitions. La gestion de cette autorisation parentale est placée sous la responsabilité du Président du club qui en assure la conservation. Le joueur en conservera un double et il doit être en mesure de le présenter lors d'une compétition. L'absence d'autorisation parentale est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

LES GARANTIES ACCORDEES AVEC VOTRE LICENCE

↳ RESPONSABILITE CIVILE

NATURE DES GARANTIES	LIMITES DES GARANTIES	FRANCHISES (par sinistre)
Tous dommages corporels, matériels et immatériels confondus	9.000.000 € par année d'assurance	
Dont :		
- Dommages corporels	9.000.000 € par année d'assurance	NEANT
- Dommages matériels et immatériels consécutifs confondus	1.200.000 € par année d'assurance	380 €
- Dommages immatériels non consécutifs	1.000.000 € par année d'assurance	10% Mini : 400 € Maxi : 2.500 €
- Dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux biens confiés	150.000 € par sinistre	10% Mini : 400 € Maxi : 2.500 €
- Responsabilité Civile Dépositaire	50.000 € par sinistre	500 €
Autres garanties :		
Faute inexcusable (dommages corporels)	4.000.000 € par année d'assurance	380 €
Les risques environnementaux :		
Atteinte à l'environnement accidentelle tous dommages confondus dont :	1.000.000 € par année d'assurance	400 €
Le préjudice écologique (y compris les frais de prévention) et responsabilité environnementale	100.000 € par année d'assurance	400 €
Responsabilité civile médicale	10.000.000 € par année d'assurance dont 8.000.000 € par sinistre	NEANT
Garantie du personnel et matériels des Services Publics		
- Dommages corporels	8.000.000 € par sinistre	NEANT
- Dommages matériels	1.000.000 € par sinistre	NEANT
- Dommages causés au matériel	1.000.000 € par sinistre	NEANT
Défense	Inclus dans la garantie mise en jeu	Selon la franchise de la garantie mise en jeu
Recours	30.000 € par litige	Seuil d'intervention : 380 €

↳ INDIVIDUELLE ACCIDENT*

GARANTIES DE BASE	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL	Capital décès : **10.000 €** Pour les Sportifs de Haut Niveau : Capital décès : **20.000 €**	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT	Capital invalidité : **15.000 € x taux IP** **Si taux ≥ 66% :** Capital invalidité = **15.000 €** Pour les Sportifs de Haut Niveau : Capital invalidité : **30.000 € x taux IP** **Si taux ≥ 66% :** Capital invalidité = **30.000 €**	**Franchise relative à 6%** Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%
FRAIS DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE À LA SUITE D'ACCIDENT (1)	Frais réels **dans la limite de 2.500 € par accident et par an** **et dont :** - Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : **200%** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale - Frais dentaires : Frais réels **dans la limite de 300 € par dent et par sinistre et par an (dans la limite de 4 dents)** - Frais d'optique : Frais réels **dans la limite de 300 € par sinistre et par an** - Frais de transport (soit vers le domicile habituel ou soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France métropolitaine) : Frais réels **dans la limite de 300 € par sinistre et par an**	Néant

(1) Frais de soins de santé prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'intéressé bénéficie des régimes de protection sociale correspondants). Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

Voir autres dispositions sur le site www.ffbillard.com

Je choisis d'adhérer au contrat d'assurance collectif Individuelle Accidents n° 22807463104 et déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions et de la cotisation de l'assurance, en accepter les termes par la remise lors de la souscription d'une Notice d'information précontractuelle valant Conditions Générales conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances.

Certificat médical (cocher la case correspondant à votre situation) :

Cas n° 1 : je réponds aux critères qui me dispensent de fournir un certificat médical pour cette saison (voir § certificat médical ci-dessus) : ☐

Cas n° 2 : je fournis un certificat médical datant de moins d'un an : ☐

Je soussigné M/Mme [ ] ou représentant légal de M./Mme [ ] certifie exacts les renseignements ci-dessus et m'engage, le cas échéant, à mettre à jour mes coordonnées sur ma fiche « licence » depuis le site www.ffbillard.com (accès au logiciel sur la page d'accueil « espace clubs et licenciés »), à l'aide des identifiants figurant sur ma licence.

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif, d'arbitre et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport.
A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué. J'ai compris l'objet de ce contrôle ☐

Bénéficiaire en cas de décès durant la période d'indemnisation

☐ **Mon conjoint non séparé judiciairement, à défaut, mon partenaire avec lequel je suis lié par un pacte civil de solidarité, à défaut, par parts égales entre eux, mes enfants vivants ou représentés, à défaut, par parts égales entre eux, mon père et ma mère, ou au survivant d'entre eux, à défaut, mes héritiers.**
Pour être bénéficiaire du capital, le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière nominative.

☐ **Autres bénéficiaires. Précisez noms, prénoms, dates de naissance :**

[ ]

INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances). ATTENTION CETTE MENTION DOIT FIGURER DANS LES FIP ET FDR
Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrons ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Tarifs	
-21 ans au 01/09/2026	20 € *
+21 ans au 01/09/2026	71 € **

Licence réglée le				€

*comprenant la part fédérale de 7 €
**comprenant la part fédérale de 39 €

☐ Je m'engage à respecter les modalités concernant le certificat médical.

☐ Je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre.

Le

Signature du Licencié adhérent ou du représentant légal : (Nom, Prénom et signature précédés de la mention « Lu et Approuvé »)	**Signature du représentant légal de la salle : (Raison sociale ou tampon + Nom et Prénom et fonction du signataire qui représente la salle)**

Conformément à la loi Informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.
Sauf refus de votre part, ces informations pourront être utilisées par des tiers.

LE TRI FACILE
BAC DE TRI