



GOUS' POOL BILLARD CLUB

Dossier d'inscription MINEUR 2025/2026

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse e-mail (obligatoire) :

N° de téléphone :

Licencié.e : AFEBAS (adhésion 10€)

FFB (adhésion 30€)

Je souhaite commander maillot(s) à 10€/pièce.

Taille de maillot : S M L XL ...XL

Documents et pièces à fournir

- Autorisation de diffusion d'image complétée et signée
- Si licencié.e FFB, certificat d'absence de contre-indication à la pratique du sport de moins de 3 ans ou questionnaire de santé complété et signé
- Autorisation parentale pour prélèvement anti-dopage
- Règlement de l'adhésion à l'association
 - Chèque Espèces Hello Asso
- Règlement du ou des maillots de club
 - Chèque Espèces Hello Asso
- Une photo en buste en tenue officielle devant un fond uni et clair pour les médias du club (à envoyer par mail à communication@goospool.fr)

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur du club.

Date et signature :



GOUS' POOL BILLARD CLUB

Formulaire d'autorisation de diffusion d'image

Je soussigné(e)
Demeurant au
Code postal : Ville :
Pays :

Autorise l'association Gous'Pool Billard Club à me photographier et me filmer dans le cadre des différents évènements auxquels l'association participe et organise.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non-commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association et sur ses réseaux sociaux, ainsi que la reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'association.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'association Gous'Pool Billard Club qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

Date et signature :

Autorisation par le représentant légal si mineur(e)

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom.

Nom du représentant légal :
Demeurant au
Code postal : Ville :
Pays :

Date et signature du parent ou représentant légal :



**FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE
BILLARD**
BORDEREAU DEMANDE DE
LICENCE
SAISON 2024/2025

ADHÉRENT DU CLUB SAISON PRÉCÉDENTE

NOUVEL ADHÉRENT

Club :	
Nom :	Prénom :
Nom de naissance :	Genre : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	Ville de naissance : Dpt :
Nationalité :	Pays de naissance :
Personne en situation de handicap : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Adresse :	
CP :	Ville :
Pays :	Tel domicile :
Tel portable :	Mail :
Je ne souhaite pas recevoir la lettre de la Fédération <input type="checkbox"/>	
Discipline (ne cocher qu'une seule discipline) : <input type="checkbox"/> Américain <input type="checkbox"/> Blackball <input type="checkbox"/> Carambole <input type="checkbox"/> Snooker	

AUTO QUESTIONNAIRE MEDICAL

Conformément à la loi n°2022-296 du 2 mars 2022, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre indication 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

<input type="checkbox"/> RESPONSABILITE CIVILE <input type="checkbox"/> dommages corporels 15 000 000 € par sinistre <input type="checkbox"/> Franchise.....Néant* <input type="checkbox"/> dommages matériels et immatériels consécutifs.....300 000 € par sinistre <input type="checkbox"/> Franchise.....Néant* <input type="checkbox"/> Défense Pénale & Recours.....75 000 € par sinistre <input type="checkbox"/> Franchise.....Néant* <input type="checkbox"/> PROTECTION JURIDIQUE DES VICTIMES DE VIOLENCES DANS LE SPORT Assistance psychologique Assistance juridique par téléphone Recours pénal contre l'auteur présumé des violences sexuelles, physiques ou psychologiques * Néant : SAUF dommages matériels entre assurés : 100 Euros Seuil d'intervention : Amiable : NEANT / Judiciaire : 300 Euros	<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE ACCIDENT* <input type="checkbox"/> Décès - Assuré majeur.....20 000 € - Assuré mineur non émancipé 7 000 € Invalidité permanente partielle ou totale : (franchise : seuil d'intervention de 5%) 5 à 50 % : 15 000 € 51 à 65% : 39 000 € 66% et plus : 100% du capital de 60 000 € Frais d'obsèques, frais funéraires : 1 500 € Frais de soins de santé <input type="checkbox"/> Frais médicaux, Pharmaceutiques, chirurgicaux : frais réels dans la limite de 5 000 € <input type="checkbox"/> Hospitalisation : prise en charge intégrale du forfait hospitalier avec un maximum de 90 jours / Avec un maximum 5 000€ <input type="checkbox"/> Soins dentaires et prothèses.....450 € / dent avec max 5 000 €/sinistre <input type="checkbox"/> Bris de lunettes.....120 € / verre 200 € / monture <input type="checkbox"/> Frais recherche, secours et évacuation : 1 500 € / sinistre <input type="checkbox"/> Frais séjour centre rééducation en traumatologie sportive : 3 000 € <input type="checkbox"/> Assistance rapatriement : convention assistance aux personnes modèle 02/2015
---	--

[Voir autres dispositions sur le site www.ffbillard.com](http://www.ffbillard.com)

*Je ne désire pas bénéficier de la garantie Individuelle Accident (au tarif de 0.38 € TTC)

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.fbillard.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*

J'affirme également avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de garanties de l'assurance fédérale incluses dans la licence. Je m'engage à respecter les modalités concernant le certificat médical.

J'ai pris connaissance de la politique fédérale sur la protection des données et j'en accepte les conditions.

Tarifs	
- 21 ans au 01/09/2024	€ (comprenant la part fédérale de 9 €)
+ 21 ans au 01/09/2024	€ (comprenant la part fédérale de 47 € ou 28 € pour la licence découverte (joueur n'ayant pas pris de licence depuis 1998))

Licence réglée le _____ €

Signature obligatoire (du demandeur et des parents si mineur)

*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.*

« QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES » (arrêté du 7 5 2021)

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

A découper et à remettre au président du club

Je, soussigné.....(nom et prénom),

responsable de l'enfant.....(nom et prénom) certifie

qu'il ou elle a rempli son questionnaire santé et qu'il ou elle a répondu négativement à toutes les questions.

A....., le.....(signature du responsable de l'enfant)



Fédération française de billard

Commission médicale nationale

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU SPORT

Je, soussigné Dr..... ,

Certifie avoir examiné ce jour M., Mme.....

Et n'avoir constaté aucun signe cliniquement décelable pouvant contrindiquer la pratique du sport billard, en et hors compétition.

Fait à :

Le :

Signature :

Cachet