



ADHESION DON BOSCO BILLARD NANTES

2026-2027

Incluant le BORDEREAU DEMANDE DE LICENCE FFB



ADHERENT DU CLUB SAISON PRECEDENTE ☐

NOUVEL ADHERENT ☐

DON BOSCO BILLARD SAISON 2026 2027

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 ☐			
Profession exercée ou ancienne profession :			
Adresse :			
CP :	Ville :		
Pays :	Tel domicile :		
Tel portable :	Mail :		
Je ne souhaite pas recevoir la lettre de la Fédération ☐			
Discipline (ne cocher qu'une seule discipline) : ☐ Américain ☐ Blackball ☒ Carambole ☐ Snooker			

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de DBBN et j'en accepte les termes.

Catégories	Adhésion annuelle	Part temps de jeu 50 h (incluse)	Licence incluse (FFB-Ligue PDLL-CD 44)	Part du Club (Incluse)
Adulte	222 €	60 €	72 €	90 €
Forfait découverte Adultes première inscription	197 €	60 €	49 €	88 €
Moins de 21 ans Ecole de billard cours inclus	115 €	Illimité	18€	27 € + Participation cours 70 €

OL'Adhésion annuelle comprend : l'Adhésion au Club Omnisport Don Bosco Sports Nantes, **la Licence** de la Fédération Française de Billard (FFB et organismes déconcentrés Ligue et Comité départemental), **l'Assurance individuelle**, **le prêt du matériel**, **50 h de temps de jeu**, **l'accès aux cours collectifs moyennant un Forfait Annuel**.

Pour tous les règlements nous privilégions le virement bancaire

Don Bosco Billard Nantes IBAN : FR76 1027 8361 7700 0135 1650 117

La salle étant sécurisée à certaines heures, son accès de 8 h à 22 h est possible avec l'achat d'un badge individuel (10,00 €). **Le Forfait Découverte est accessible uniquement la première année d'adhésion**

Retrouvez toute l'actualité de Don Bosco Billard Nantes sur : <http://donbosco-billard.fr>

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Conformément à la loi n°2022-296 du 2 mars 2022, la présentation d'un certificat médical d'absence de contreindication 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			INDIVIDUELLE ACCIDENT*		
NATURE DES GARANTIES	LIMITES DES GARANTIES	FRANCHISES (par sinistre)	GARANTIES DE BASE	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
Tous dommages corporels, matériels et immatériels confondus Dont :	9.000.000 € par année d'assurance		DÉCÈS ACCIDENTEL	Capital décès : 10.000 € Pour les Sportifs de Haut Niveau : Capital décès : 20.000 €	Néant
- Dommages corporels	9.000.000 € par année d'assurance	NEANT	INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT	Capital invalidité : 15.000 € x taux IP Si taux ≥ 66% : Capital invalidité = 15.000 €	Franchise relative à 6% Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%
- Dommages matériels et immatériels consécutifs confondus	1.200.000 € par année d'assurance	380 €		Pour les Sportifs de Haut Niveau : Capital invalidité : 30.000 € x taux IP Si taux ≥ 66% : Capital invalidité = 30.000 €	
- 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		Frais réels dans la limite de 2.500 € par accident et par an et dont :	
Garantie du personnel et matériels des Services Publics					
- Dommages corporels	8.000.000 € par sinistre	NEANT		- Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	
- Dommages matériels	1.000.000 € par sinistre	NEANT		- Frais dentaires : Frais réels dans la limite de 300 € par dent et par sinistre et par an (dans la limite de 4 dents)	Néant
- Dommages causés au matériel	1.000.000 € par sinistre	NEANT		- Frais d'optique : Frais réels dans la limite de 300 € par sinistre et par an	
Défense	Inclus dans la garantie mise en jeu	Selon la franchise de la garantie mise en jeu		- 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	
Recours	30.000 € par litige	Seuil d'intervention : 380 €			

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 : ☐)

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 pourrions 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

- ☐ 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.

Protection des données personnelles par DBBN

J'accepte que les informations à caractère personnel collectées à l'occasion de mon adhésion à Don Bosco Billard Nantes (DBBN) soient destinées à permettre le fonctionnement et la gestion du club, le développement des activités liées à la pratique du billard ainsi que l'organisation des manifestations prévues dans le cadre de ses statuts. Elles pourront être mises à disposition de l'ensemble des membres de cette association, ainsi que des institutions locales et nationales rattachées à la Fédération Française de Billard, exclusivement aux fins de permettre la gestion et l'organisation d'activités en lien avec la pratique du billard.

J'ai été informé que je disposais d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations que j'ai communiquées, ceci auprès du délégué à la protection des données désigné par l'association, conformément au règlement général de la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés.

Je m'engage à ne pas diffuser les données à caractère personnel concernant les adhérents de l'association qui seraient portées à ma connaissance à d'autres fins que la pratique du billard et notamment pour des activités de nature commerciale.

J'autorise à utiliser mon image : En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la présente.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Fait à :

le :

2026

Signature du Licencié adhérent ou du représentant légal :

Nom, Prénom et signature précédés de la mention « Lu et approuvé »

ET SI TU LE SOUHAITES....

JE FAIS UN DON AU PROFIT DE DBBN...

En plus du règlement de son adhésion, un adhérent de DBBN qui effectue **un don** au profit du club bénéficie d'une réduction d'impôt. **Celle-ci est égale à 66% des sommes versées, dans la limite de 20% des revenus imposables.**

En contrepartie, DBBN te remettra un document à transmettre à l'administration fiscale.

Par exemple, un don de **100 euros** ouvrira droit à une diminution d'impôt de 66 euros soit un **coût réel de 34 €**.

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.