



DOSSIER DE LICENCE - SAISON 2026 - 2027

KELTED QUIMPER

Club de Football Américain & Flag Football régi par la loi de 1901

CONTACT

Par email : kelted.quimper@gmail.com

Par téléphone : 07 83 79 84 72 (Blandine Jounier - Trésorière)

Une adhésion en ligne est possible sur le site internet du club (avec paiement en CB en ligne) mais il faudra, quand même, rendre les papiers nécessaires (Page 3) à une adhésion complète !!!!

Les documents à fournir peuvent être envoyés par mail à : kelted.quimper@gmail.com

1 - ENTRAINEMENTS : Le club s'entraîne de Septembre à Juin (Août pour les Seniors - avec seulement une pause au moment de Noël et du Jour de l'An ainsi que les jours fériés car le stade est fermé)

	LUNDI	MARDI * Entraînement Flag	JEUDI	SAMEDI
SENIORS D2	19h - 21h		18h30 - 20h30	
JUNIORS U18		19h - 20h30		10h - 12h30
CADETS U15		19h - 20h30		10h - 12h30
FLAG 18+		19h - 20h30		
ECOLE DE FLAG				10h - 11h30

2 - TARIFS DES LICENCES :

	CATEGORIES	ANNEES de naissance	LICENCE en euros
SENIORS D2	18 ans et plus	2008 et avant	200
SENIORS FOOT US + FLAG	18 ans et plus	2008 et avant	250
JUNIORS FOOT US + FLAG	U18	2009 - 2010 - 2011	150
CADETS FOOT US + FLAG	U15	2012 - 2013	150
FLAG ADOS	U15 - U18	2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013	110
FLAG ADULTES	18 ans et plus	A partir de 2008	110
ECOLE DE FLAG	U9 - U11 - U13	De 2019 à 2013	75

3 - VENTE - LOCATION MATERIEL (sous condition de disponibilité) :

LOCATION en euros	CASQUE	EPAULIERE	CASQUE + EPAULIERE	CAUTION
Matériel « ancienne génération »	30	30	60	300
Matériel « nouvelle génération »	50	30	80	600
ACHAT KIT DE BASE (obligatoire pour les nouveaux)			PRIX	
Pantalon avec Protections + Protège-dents			40	

4 - MODES DE PAIEMENT : Possibilité est offerte de combiner les moyens de paiements



LA KELTED FAMILY

1 - APPEL A BENEVOLE & SOUTIEN AU CLUB :

Le club des Kelted souhaite se développer sur la scène du football américain : Une école de Flag (A partir de 7 ans), une équipe de flag 18+ en championnat régional, une Équipe Séniors en D2, des jeunes en U18 et U15, les défis sont nombreux !

Ce développement entraîne donc un besoin de plus en plus grand en bénévoles pour faire vivre votre club. Je vous rappelle donc, que **le club est constamment à la recherche de** :

- **Bénévoles pour aider le Bureau** (communication, partenaires...)
- **Bénévoles lors des matchs** (sono, buvette, mascotte...)
- **Entraîneurs** (licence et formations offertes par le club)
- **Arbitres** (formation offerte et défraiement à chaque match)
- **Partenaires privés** (don matériel, don financier, service rendu...)

2 - SUIVRE LE CLUB AU QUOTIDIEN :

Le club des Kelted essaie d'être le plus actif possible sur les réseaux pour relayer la vie du club. Vous pouvez suivre les infos et la vie du club sur :



Suivez nous toute l'année sur :

 www.kelted.com

 @Kelted - Quimper Football Américain

 @keltedquimper

Mettre le compte Facebook en favoris ou activer certaines notifications sur Instagram te permettra de ne manquer aucune info ! L'application Mobile Sportsregions (Identifiants du Site Internet) permet de suivre les nouvelles choses ajoutées sur le Site Internet (News et Evénements notamment).

3 - LA KARTE : C'est la carte des Kelted. Il en existe de 2 couleurs !!

Une Karte Jaune, distribuée à tous les licenciés Kelted et qui permettra de bénéficier des quelques offres chez nos partenaires.

Une Karte Noire, payante (au prix de 20 euros), qui permet en plus de bénéficier d'une boisson et collation à chaque manifestation à Créac'h Gwen, de 10% sur la boutique, d'un goodies Kelted et des éventuelles offres chez nos partenaires.



DOCUMENTS A FOURNIR

KELTED QUIMPER - SAISON 2026/2027

▼ A RENDRE en cas de :	Renouvellement	Renouvellement en ligne
Bulletin d'adhésion Rempli et Signé	✓ Autorisation parentale dûment remplie pour les mineurs	
Formulaire FFFA Rempli et signé	✓	✓
Formulaire SMACL A rendre rempli et signé même si vous ne souscrivez pas	✓	✓
Questionnaire de Santé rempli, à télécharger sur le site internet ou un certificat médical si vous avez répondu OUI à au moins une question sur le questionnaire de santé	✓ Questionnaire de Santé rempli pour les majeurs qui résignent et dont le certificat est toujours valable (Validité : 3 ans). Si le certificat a plus de 3 ans, un nouveau certificat est nécessaire	✓ Questionnaire de Santé rempli pour les majeurs qui résignent et dont le certificat est toujours valable (Validité : 3 ans). Si le certificat a plus de 3 ans, un nouveau certificat est nécessaire
Montant de la cotisation En cas de soucis pour le paiement, merci de contacter la trésorière	✓	✓ Si pas de paiement en ligne
1 photocopie de la carte vitale	✓	✓
1 photocopie de la carte Mutuelle	✓	✓
Contrat de location de matériel Rempli et signé	✓	✓
Chèque de caution selon le matériel loué	✓	✓

FICHE DE L'ADHERENT 2026 - 2027

ETAT CIVIL

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ À _____ Nationalité : _____

COORDONNEES DE CONTACT DE L'ADHERENT

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel. Domicile : _____ Tel. Portable : _____

E-mail : _____

COORDONNEES DE CONTACT DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ADHERENT *pour les mineurs* :

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel. Domicile : _____ Tel. Portable : _____

E-mail : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Profession ou études en cours : _____

Profession des parents (pour les mineurs) : _____

 **NUMEROS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :** _____

INFORMATIONS JOUEUR / ADHERENT

Sections choisie (cochez la case correspondant à votre choix) :

☐ Flag ☐ Football Américain ☐ Arbitre ☐ Autres (précisez) : _____

Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ Nbre d'années d'expérience : _____

Commentaires (traitement, allergies, ...) : _____

DATE ET SIGNATURE DE L'ADHERENT *du responsable légal pour les adhérents mineurs*

Fait à : _____ Le: _____ Signature : _____

BULLETIN D'ADHESION

KELTED QUIMPER - SAISON 2026/2027

Je soussigné(e),

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Désire adhérer à l'association Kelted Quimper FOOTBALL AMERICAINE.

Je m'engage donc à payer la cotisation annuelle correspondant à ma catégorie.

Je m'engage à ne pas tenir responsable le club des Kelted Quimper en cas de blessures ou d'accidents, lors d'entraînement que j'effectuerais sans licence, et de me servir de mon assurance pour couvrir l'incident.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club disponible sur le site internet www.kelted.com et l'accepter dans son intégralité.

Je me réserve le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant dans tout fichier à usage de l'association conformément à la loi informatique et liberté 78-17 du 06 janvier 1978.

Autorisation parentale pour les adhérents mineurs :

Je soussigné(e) M., Mme _____ (Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur : _____

Né(e) le : ____/ ____/ ____, à _____

- L'autorise à pratiquer le FOOTBALL AMERICAINE et le FLAG FOOTBALL en compétition dans la catégorie demandée avec autorisation médicale pour la saison 2026 / 2027 au sein des Kelted Quimper Football Américain.
- Autorise les responsables du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ainsi que de faire transporter l'adhérent nommé ci-dessus dans l'établissement hospitalier le plus proche.
- L'autorise l'adhérent nommé ci-dessus à monter dans un véhicule du club, d'un responsable du club ou de tout autre transporteur privé, en vue de se rendre sur des manifestations liées au club.

Fait à _____, le

Signature de l'adhérent et/ou Signature du responsable légal *

Cachet de l'association :

** Signature de l'adhérent et du responsable légal pour les mineurs*

+ Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvée »



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2026/2027

PHOTO

Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Civilité :

M

F

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement

Numéro de licence :

CHOIX DE LA LICENCE

FOOTBALL AMERICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING		
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral
U15		24,2	U7		18,6	Tiny		14,5
U15 surclassé U18		60,9	U9		18,6	Minime		19,9
U18		60,9	U11		18,6	Minime surclassé Cadet		19,9
U18 surclassé Senior		67,6	U13		18,6	Cadet		19,9
Senior Régional		35,1	U13 surclassé U15		18,8	Cadet surclassé Junior		19,9
Senior National		67,6	U15		18,8	Junior		19,9
Issu d'un championnat majeur		407,1	U15 surclassé U18		34,5	Junior surclassé en Senior		33,1
Entraîneur*		20,5	U18		34,5	Loisir senior		19,8
Dirigeant*		20,5	U18 surclassé Senior		34,5	Compétition senior		33,1
Arbitre*		31,1	Senior		34,5	Entraîneur*		20,5
Bénévole*		6,9	Entraîneur*		20,5	Dirigeant*		20,5
			Dirigeant*		20,5	Juge*		31,1
			Arbitre*		31,1	Bénévole*		6,9
			Bénévole*		6,9			
Total FA :		€	Total Flag :		€	Total Cheer :		€

Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)

En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur lui précisant l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individuelle accident couvrant sa pratique sportive.

Licencié adulte (en cas de renouvellement d'une licence avec un certificat médical de moins de 3 ans toujours valide) :

Je soussigné M/Mme _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé le QUESTIONNAIRE SANTE SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du demandeur :

Licencié mineur (en cas de première licence ou du renouvellement d'une licence) :

Je soussigné M/Mme _____ en ma qualité de représentant légal du demandeur, atteste qu'il/elle a renseigné le QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

Date et signature du représentant légal :

Visa du club (date / tampon / signature) :

Le : / /

*Le/la demandeur.euse d'une licence encadrant « entraîneurs, arbitre/juge, dirigeant, bénévole », est informé.e que la FFFA procédera à un contrôle d'honorabilité dans le cadre de l'article L.212-9 du code du Sport.

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence uniquement en football américain, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique du football américain date de plus de 3 ans. N'est pas nécessaire pour la pratique du flag et du cheer sauf si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport.

MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents

contre-indiquant la pratique du : **FOOTBALL AMERICAIN** en tant que :

Joueur :

Arbitre :

FLAG en tant que :

Joueur :

Arbitre :

CHEERLEADING en tant que :

Joueur :

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Le médecin généraliste pour les simples surclassements ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès peut être exercé à l'adresse de la FFFA.

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale

J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires

J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif

OUI NON
OUI NON
OUI NON



Votre

bulletin de souscription

Garantie individuelle accident
complémentaire



Contrat collectif « Individuelle accident complémentaire » à adhésion facultative souscrit par la fédération auprès de SMACL Assurances.

Il est destiné à couvrir les licenciés ou les pratiquants occasionnels non licenciés qui souhaitent bénéficier de garanties complémentaires allant au-delà du régime de base offert par la licence.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION À RETOURNER À

SMACL Assurances - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9,
accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de SMACL Assurances du montant de l'option choisie.

À réception, vous serez adressées les conditions particulières récapitulant les caractéristiques de votre souscription.

ASSURÉ

Mme M.	
Nom :	Nom de naissance :
Prénoms :	Date de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Profession :	
Nom du club affilié :	

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties au titre du contrat de la fédération et ce, en complément du régime de base offert par la licence.

et

Décide de souscrire cette option Individuelle accident complémentaire à effet du lendemain de la réception du bulletin. Les garanties prennent fin au 31 juillet suivant.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Mes héritiers légaux dans l'ordre successoral

Autre désignation :

La clause bénéficiaire désigne la (ou les) personne(s) qui percevront le capital du contrat en cas de décès de l'assuré. Elle doit donc impérativement être adaptée à la situation familiale, aux objectifs et à la volonté de l'assuré. Aussi, afin d'éviter toute ambiguïté sur l'identité des bénéficiaires ou de prévenir une éventuelle situation de déshérence, l'assuré doit porter une attention particulière à sa rédaction.

Il s'agit de bénéficier de garanties complémentaires au contrat de base « Individuelle accident corporel » proposée par la fédération, soit, au choix :

- **un capital Décès**
- **un capital Invalidité** : un capital invalidité dont le montant est fixé ci-dessous selon la catégorie de bénéficiaires. Aucune indemnité ne sera versée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 5 %.
- **des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale** :
 - indemnité, destinée à compenser une perte réelle de revenus ou un manque à gagner justifié, est versée à compter du 8^e jour suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours répartis sur 2 ans ;
 - incapacité temporaire cesse dès que l'assuré est en mesure de reprendre, même partiellement, ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état.

La date de consolidation des blessures et la durée de l'incapacité temporaire totale sont fixées par le médecin-expert désigné par SMACL Assurances.

Assuré	Formule	Montant du capital DÉCÈS	Montant du capital INVALIDITÉ (100 % invalidité) (*)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES Montant / jour	TARIF FORFAITAIRE TTC	COCHER LA FORMULE CHOISIE
Licencié (ou pratiquant occasionnel non licencié)	1	15 000 €	31 000 €		25 €	
	2	30 000 €	61 000 €	15 €	55 €	
	3	50 000 €	75 000 €	30 €	80 €	

(*) Montant obtenu en multipliant le capital par le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident.

Je ne souhaite pas recevoir les offres sur les autres produits et services de SMACL Assurances J'accepte de recevoir les offres commerciales des partenaires de SMACL Assurances • Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents d'information sur le produit d'assurance Individuelle accident complémentaire et de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et définissant : - les garanties et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties en complément du régime de base de la licence ; - leurs modalités d'entrée en vigueur ; - les formalités à accomplir en cas de sinistre. et vous certifiez en avoir pris connaissance avant la signature du présent bulletin de souscription. • Vous reconnaissez que votre contrat ne pourra prendre effet au plus tôt que le lendemain du jour de réception par SMACL Assurances. Fait à _____, le _____ / _____ /20____	Vos données personnelles : SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr Signature du représentant
--	---



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

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 ☐ un garçon ☐

Ton âge :

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré (e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
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 ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
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.)	☐	☐

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.

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

CONTRAT DE LOCATION DE MATERIEL

KELTED QUIMPER - SAISON 2026/2027

Contrat de location de matériel (Casque et/ou Epaulière) pour la saison 2026/2027, entre **les Kelted Quimper Football Américain** et :

Monsieur / Madame : _____

Domicilié(e) au : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Niveau de Catégorie : ☐ Féminines ☐ U15 Cadets ☐ U18 – Juniors ☐ Seniors

----- ↓ Tableau et numéros de casques remplis par le club le jour de la remise du matériel ↓ -----

Description	Caution (<i>chèque non encaissé</i>)	Frais de location	Choix
Casque + Epaulière « ancienne génération »	300	60	
Casque + Epaulière « nouvelle génération »	600	80	
Casque « ancienne génération »	150	30	
Casque « nouvelle génération »	600	50	
Epaulière seule	150	30	

Si location, merci de renseigner : Casque N° : _ _ _ _ _ Épaulière N° : _ _ _ _ _

Conditions de location :

- 1- Le club peut en exiger la restitution à tout moment. En cas de non-restitution ou de dégradation du matériel autre que l'usure normale associée à la pratique du football américain, le club est en droit d'encaisser le chèque de caution.
- 2- La caution sera rendue en fin de saison sous réserve que les équipements soient restitués en bon état et à la date fixée par le club. En cas de non-restitution du matériel à la date prévue, la caution sera encaissée sans préavis et le matériel considéré comme acquit par le joueur. L'équipement doit être rendu complet, tout matériel manquant sera facturé ou déduit de la caution.
- 3- L'équipement contribue à la protection du joueur et ce dernier est donc en charge de son entretien (notamment en termes de propreté). Le casque doit être régulièrement lavé (à l'eau et au savon, pas de dissolvant, pas d'éponge à récurer). Lorsque des pièces sont à changer, merci de prévenir le responsable matériel, le remplacement des pièces d'usure sera à la charge du club, les réparations résultant d'un usage ou d'un entretien inapproprié seront à la charge du locataire. Aucun autocollant ne devra être apposé sur le casque hormis le logo-club. L'équipement devra être rendu au plus tard dans la semaine suivant la fin de la saison sportive. (Épaulière, casque et tout autre matériel mis à disposition). Au-delà de cette date, le chèque de caution sera encaissé par le club sans préavis.
- 4- Aucun remboursement ne sera effectué en cas d'abandon en cours d'année

Je soussigné(e), _____ déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions de location

Fait le : _____

Signature (du responsable légal pour les mineurs)

MATERIEL NECESSAIRE – FICHE RECAPITULATIVE

KELTED QUIMPER - SAISON 2026/2027

Pour jouer au Football Américain, il te faudra :

1. Une épaulière (Location possible auprès du club dans la limite du stock disponible)
2. Un Casque Jaune (Location possible auprès du club dans la limite du stock disponible)
3. Un protège-dents (non transparent)
4. Protections de hanches, coccyx, cuisses et genoux (il existe des shorts regroupant ces protections)
5. Maillot d'entraînement Blanc en défense, noir en attaque
6. Pantalon de football américain noir (Il existe des pantalons comprenant toutes les protections de Jambes, le club en vend)
7. Gants de Football américain
8. Chaussettes blanches ou noires
9. Chaussures à crampons (Les crampons ne doivent pas être en fer)

Pour jouer au Flag Football, il te faudra :

Une tenue de sport (un short sans poche), avec des crampons c'est mieux (crampons en plastiques obligatoires) et une paire de gants (optionnel)

MATÉRIEL ET TENUE DE SPORT

FOOTBALL AMÉRICAIN



CASQUE ET ÉPAULIÈRE
LOCATION POSSIBLE AUPRÈS DU CLUB
30 EUROS PAR ÉLÉMENT ET PAR SAISON

CASQUE JAUNE
GRILLE NOIRE

UN PROTÈGE-DENTS NON TRANSPARENT
LE CLUB EN VEND DES NOIRS !

MAILLOT D'ENTRAÎNEMENT BLANC OU NOIR
UN SIMPLE TEE-SHIRT PEUT SUFFIRE MAIS LE CLUB PRÊTE DES MAILLOTS DANS LA LIMITE DU STOCK

GANTS DE FOOTBALL AMÉRICAIN (OPTIONNEL)

UN PANTALON NOIR AVEC UN SHORT DE PROTECTIONS
OU
UN PANTALON NOIR PROTECTIONS INCLUSES
LE CLUB EN VEND !

CRAMpons
CRAMpons EN PLASTIQUE OBLIGATOIRES

CHAUSSETTES BLANCHES OU NOIRES

FLAG FOOTBALL*



* VARIANTE
MIXTE, SANS CONTACT ET POUR TOUS LES ÂGES !

UNE TENUE DE SPORT !
DANS L'IDÉAL, UN SHORT SANS POCHE

UNE CEINTURE DE FLAG
LE CLUB LES FOURNIT !

GANTS DE FOOTBALL AMÉRICAIN (OPTIONNEL)

CRAMpons (OPTIONNEL)
CRAMpons EN PLASTIQUE OBLIGATOIRES

UNE CEINTURE DE FLAG

* LE FLAG FOOTBALL EST UNE DISCIPLINE DU FOOTBALL AMÉRICAIN RECONNUE PAR LA FFFA ET DISCIPLINE OLYMPIQUE AUX JO 2028 DE LOS ANGELES.