



WWW.CAPOEIRAJACOBINA-ARTE.COM

Dossier d'inscription Capoeira

Association Capoeira et Culture Brésilienne

Groupe Jacobina Arte - 2024/2025

Les Confluences (Nantes sud)

- 6 - 13 ans / 15h00 – 16h00 /mercredi
- 4 - 6 ans / 16h10 – 17h00 /mercredi
- Adultes /10h30-11h30/ lundi

Madeleine Champs de Mars

- 4-6 ans / 16h35 – 17h25/ jeudi
- 6-11 ans / 17h30 – 18h30 /jeudi
- Ados + Adultes / 18h30 – 19h30/jeudi

Doulon (Nantes est)

- 6-13 ans / 8h15 – 19h45/mercredi

Cours dispensés par Mestre Parafuso - Cours dispensés par Professora Nega - Cours dispensés par Formada Bolinho
contacts@capoeirajacobina-arte.com contacts@capoeirajacobina-arte.com bolinho.emma@gmail.com

Renseignements administratifs :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Date de naissance : ___/___/____ N° téléphone : __.__.__.__.____
Responsable Légal : _____
E-mail : _____ Téléphone : __.__.__.__.____
E-mail : _____ Téléphone : __.__.__.__.____

Utilisation de votre image :

Nous vous demandons l'autorisation d'utiliser des photos de vous prises lors des activités de capoeira (cours, stages, spectacles ...). Ces photos seront utilisées pour des affiches, articles et sur notre site internet.

- J'atteste avoir pris connaissance des informations relatives à l'image et en accepte les principes.

Règlement de la cotisation :

Je m'engage à régler la somme de **150 euros** (Réduction de 10 € à compter du 2ème membre d'une même famille)

- Par chèque à l'ordre de l'Association Capoeira et Culture Brésilienne (ACCB). Possibilité de payer en 3 fois.
- En Espèce

Renseignements médicaux : Indiquez vos difficultés de santé (allergies, maladie, handicap, opération...) :

Pour les enfants, la pratique de la capoeira est autorisée sans certificat médical **mais avec le questionnaire de santé complété par le responsable légal**. Pour les adultes, la pratique de la capoeira se fait avec la remise d'un **certificat médical valable 3 ans. Pendant ces trois années, le questionnaire de santé doit être complété la 2^{ème} et 3^{ème} année.**

Autorisation de soins :

- J'autorise les responsables de l'association, en cas d'urgence, à se substituer à moi même pour tous les actes nécessaires à ma sécurité ou à ma santé et à prendre toute décision que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait sur demande d'un médecin.

N° de téléphone d'une personne à contacter en urgence : _____

Date / /

Signature de l'adhérent ou du responsable légal