Dossier d'inscription Capoeira
Association Capoeira et Culture Brésilienne
Groupe Jacobina Arte - 2026 - 2027

Les Confluences (Nantes sud)
- ☐ 6 - 13 ans / mercredi 15h00 – 16h00
- ☐ 4 - 6 ans / mercredi 16h10 – 17h00
- ☐ Adultes / lundi 10h-11h

Madeleine Champs de Mars
- ☐ 6-11 ans / jeudi 17h30 – 18h30
- ☐ Ados + Adultes / jeudi 18h30 – 19h30

Doulon (Nantes est)
- ☐ 6-13 ans / mercredi 18h15 – 19h45

Cours dispensés par Mestre Parafuso - contacts@capoeirajacobina-arte.com
Cours dispensés par Professora Nega - contacts@capoeirajacobina-arte.com
Cours dispensés par Formada Bolinho - 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 **160 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 2ème et 3ème 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**