****

PHOTO

**COURS ADULTES (A partir de 12 ans)**

Année 2024/2025

Mardi 20h-21h15,

à partir du 17 septembre

**COURS ADULTES (A partir de 12 ans)**

Année 2024/2025

Mardi 20h-21h15,

à partir du 17 septembre

PHOTO

**NOM :** ……………………………………………………………………………

**PRÉNOM :** …………………………………………………………………….

NÉ(E) LE : ……………………………………………………………………………

ADRESSE / C.P. / VILLE  : …………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………

TÉLÉPHONE(S) : ………………………………………………………………………………………………………….

EMAIL(S) : …………………………………………………………………………………………………………………

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D’ACCIDENT : …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRESSE ET TÉLÉPHONE (SI DIFFÉRENTS) : ……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTORISATION PARENTALE :**

J’adhère comme membre titulaire à l’association LES DANSES A.B (Danses Afro-Brésiliennes), et je m’engage à fournir dès les premiers cours :

* un Certificat médical (Danse et lutte),
* une Attestation d’Assurance en Responsabilité Civile,
* une Photographie de mon enfant,

Je, soussigné(e) : ………………………………………………………………………………………………………......

autorise mon enfant à adhérer et participer au cours, entraînements et manifestations culturelles liés à la Capoeira, organisés par LES DANSES A.B. Je m’engage à fournir dès les premiers cours les pièces indiquées ci-dessus.

En cas d’accident, et si la nature de la blessure l’exige, j’autorise le transport de mon enfant à l’hôpital ou à la clinique pour qu’il y subisse les soins nécessaires.

A …………………………………………………., LE : ………………………… SIGNATURE :

**Une image contenant texte, Police, logo, capture d’écran

Description générée automatiquement**

*Chèques à remplir à l’ordre de : ASSOCIATION DANSES A.B*

RÈGLEMENT DES COURS EN 1 FOIS (185 € en septembre)

RÈGLEMENT DES COURS EN 3 FOIS 65 € en septembre, 60€ octobre, 60€ novembre

RÈGLEMENT DE LA TENUE (60 €)

**NOM :** ……………………………………………………………………………

**PRÉNOM :** …………………………………………………………………….

NÉ(E) LE : ……………………………………………………………………………

ADRESSE / C.P. / VILLE  : …………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………

TÉLÉPHONE(S) : ………………………………………………………………………………………………………….

EMAIL(S) : …………………………………………………………………………………………………………………

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D’ACCIDENT : …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRESSE ET TÉLÉPHONE (SI DIFFÉRENTS) : ……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTORISATION PARENTALE :**

J’adhère comme membre titulaire à l’association LES DANSES A.B (Danses Afro-Brésiliennes), et je m’engage à fournir dès les premiers cours :

* un Certificat médical (Danse et lutte),
* une Attestation d’Assurance en Responsabilité Civile,
* une Photographie de mon enfant,

Je, soussigné(e) : ………………………………………………………………………………………………………......

autorise mon enfant à adhérer et participer au cours, entraînements et manifestations culturelles liés à la Capoeira, organisés par LES DANSES A.B. Je m’engage à fournir dès les premiers cours les pièces indiquées ci-dessus.

En cas d’accident, et si la nature de la blessure l’exige, j’autorise le transport de mon enfant à l’hôpital ou à la clinique pour qu’il y subisse les soins nécessaires.

A …………………………………………………., LE : ………………………… SIGNATURE :

*Chèques à remplir à l’ordre de : ASSOCIATION DANSES A.B*

RÈGLEMENT DES COURS EN 1 FOIS (185 € en septembre)

RÈGLEMENT DES COURS EN 3 FOIS 65 € en septembre, 60€ octobre, 60€ novembre

RÈGLEMENT DE LA TENUE (60 €)