****

PHOTO

**COURS CAPOEIRA ENFANTS (6-12 ans)**

Année 2024/2025

Mardi 19h00-19h45,

à partir du 17 septembre

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

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

GRADE : ……………………………………………………………………………..

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 :





****

PHOTO

**COURS CAPOEIRA ENFANTS (6-12 ans)**

Année 2024/2025

Mardi 19h00-19h45,

à partir du 17 septembre

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

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

GRADE : ……………………………………………………………………………..

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 :



