



CERTIFICAT MEDICAL

Obligatoire afin de pouvoir participer aux entraînements de
CAPOEIRA



Je soussigné(e) _____, docteur en
médecine à _____ atteste avoir examiné en ce jour le
patient _____ et déclare n'avoir constaté aucun
signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de la CAPOEIRA.

Fait à _____, le _____

Cachet et signature du docteur

FICHE D'INSCRIPTION – Cours de Capoeira

Saison 2018/2019



*Veillez coller ici la vignette
de mutuelle de l'élève*

Ville d'entraînement : _____

Surnom de Capoeira : _____

Graduation : _____

À remplir en lettres capitales

Coordonnées de l'élève

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

: _____

Mail : _____@_____

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM : _____ PRENOM : _____

: _____

Forfaits (cocher la case adéquate)

	Abonnement annuel Effectué au plus tard la semaine suivant l'inscription Frais d'affiliation 20€/an		Abonnement mensuel À régler avant le 5 de chaque mois Frais d'affiliation 20€/an	
	1X / semaine	2X / semaine	1X / semaine	2X / semaine
Adulte	<input type="radio"/> 310€	<input type="radio"/> 450€	<input type="radio"/> 40€	<input type="radio"/> 55€
Adolescent, Étudiant	<input type="radio"/> 280€	<input type="radio"/> 350 €	<input type="radio"/> 35€	<input type="radio"/> 45€
Enfant	<input type="radio"/> 210€	<input type="radio"/> 280 €	<input type="radio"/> 25€	<input type="radio"/> 35€
2ème enfant	<input type="radio"/> 185€	<input type="radio"/> 250 €		
3ème enfant et plus	<input type="radio"/> 170€	<input type="radio"/> 220 €		

Le paiement doit être réglé au cours ou verser sur le compte en mentionnant bien comme **communication la ville d'entraînement, le nom et le prénom de l'enfant.**

ABADÁ-CAPOEIRA, c/o Asbl Art et Culture, rue de Jumet 15, 6041 Gosselies
 Numéro d'entreprise : 893.837.974 - Numéro de compte : BE53 0682 491277 53
 Contacts : 0477/18.12.39 – 0473/13.25.05
 Email : sabiabada@hotmail.com Site : www.capoeirabada.be

AUTORISATIONS

L'absence de réponse vaut acceptation

(Biffer les mentions inutiles)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____

▪ autorise **ma prise en charge médicale / la prise en charge médicale de mon enfant** _____ pour tout incident pouvant survenir pendant l'activité.

Par ailleurs,

J'autorise que les photos et vidéos sur lesquelles **je / mon enfant** figure puissent être utilisées par le groupe Abadá-Capoeira à titre gracieux sur différents supports d'informations (journaux, web...)

OUI – NON

Autorisation parentale (pour les mineurs) :

J'autorise mon enfant à quitter SEUL les locaux accueillant l'activité **OUI – NON**

Je déclare avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur de l'association (consultable notamment sur le site www.capoeirabada.be) et accepte les modalités d'inscription.

Date :

Signature :