

Mlle M. (cocher la case)

Ecrire en caractères MAJUSCULES

NOM _____

NOM DES PARENTS SI DIFFERENT _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

_____ CODE POSTAL _____ VILLE _____

EMAIL _____ TEL MOBILE _____

NOM DE LA PERSONNE A PREVENIR SI BESOIN _____ TEL MOBILE _____

Jour du cours _____

Horaires _____

-

Nombre d'heure(s) par semaine _____

COTISATION ANNUELLE USML		DROIT D'ENTREE	REDEVANCE A LA VILLE	CHARGES ENERGETIQUES Mairie ML	MONTANTS
Tranche d'âge	Adhérent	Si 1 ^{ère} inscription à l'USML	Hors ML-MLR		
Moins de 20 ans	33 €	8 €	10 €	16 €	+
Si cotisation USML déjà versée, merci d'indiquer dans quelle section :					
TARIFS COURS					
1h par semaine	200 €				+
TOTAL					=
Montant du 1 ^{er} chèque					
Montant du 2 ^{ème} chèque					
Nom du titulaire du compte bancaire					
ANCV Chèques vacances / Coupons Sport					

Aucun remboursement de cotisation ne sera accordé en cours de saison, sauf cas de force majeure, tels que maladie ou déménagement.

J'autorise la prise de photos pendant les cours (à usage interne à l'USML : publication sur site www.usml.fr, ou sur plaquette de l'USML)
 oui non

Date :
Signature :

 Demande d'Attestation CE Oui

NE PAS REMPLIR, CADRE RESERVE À L'ADMINISTRATION

Questionnaire ou Certificat médical <input type="checkbox"/>	Attestation CE <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------