

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 <sup>ère</sup> 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 €		+	
1h15 par semaine		220 €		+	
1.45 par semaine		240 €		+	
<b>TOTAL</b>					=
Montant du 1 <sup>er</sup> chèque					
Montant du 2 <sup>ème</sup> 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

Attestation CE