

☐ Mme      ☐ M.      (cocher la case)

Ecrire en caractères MAJUSCULES

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

TEL MOBILE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

Nom et Numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas d'incident : \_\_\_\_\_

☐ J'autorise    ☐ je refuse    La reproduction et la diffusion publique de mon image.

J'accepte que mes coordonnées soient diffusées sur l'annuaire adressé aux adhérents :

TEL :    OUI ☐    NON ☐                      MAIL :    OUI ☐    NON ☐

| TARIF<br>(COTISATION ANNUELLE USML INCLUSE)                                                      | DROIT D'ENTREE<br>USML                      |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------|
| Adhérent                                                                                         | Si 1 <sup>ère</sup> inscription à<br>l'USML | Montant |
| 65 €<br>(dont 45 € cotisation USML)<br>à partir du 15/02 : 32,50 € (pour les nouveaux adhérents) | 8 €                                         |         |
| Si cotisation annuelle USML 2025-2026 déjà versée, merci d'indiquer à quelle section: _____      |                                             |         |
| <b>TOTAL</b>                                                                                     |                                             | =       |
| Nom du titulaire du chèque si différent du nom de l'adhérent                                     |                                             |         |

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"/> |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|