

☐ 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 (COTISATION ANNUELLE USML INCLUSE)	DROIT D'ENTREE USML	
Adhérent	Si 1 ^{ère} inscription à l'USML	Montant
65 € (dont 47 € cotisation USML) à partir du 15/02 : 32,50 € (pour les nouveaux adhérents)	8 €	
Si cotisation annuelle USML 2026-2027 déjà versée, merci d'indiquer à quelle section : _____		
TOTAL		=
Nom du titulaire du chèque si différent du nom de l'adhérent		

Date :

Signature :

Demande d'Attestation CE ☐ Oui

NE PAS REMPLIR, CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Questionnaire ou Certificat médical	☐	Attestation CE	☐
-------------------------------------	--------------------------	----------------	--------------------------