

Date d'inscription :

Prix Cotisation :

Observations :

Chèques :

Virement:

Espèces :

Aide SORTIR =

Reste à Charge =

Chèques Vacances :

Certificat Médical ☐

Questionnaire Santé ☐

USV MUSCULATION

Saison 2025 / 2026

Nouvel Inscrit ☐

Jeune (de 16 à 20 ans) ☐

Réinscription ☐

NOM : **Prénom :**

Date de Naissance :

Rue :

Code postal : **Ville :**

N°☎ :

Adresse Courriel :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom/Prénom : **N°☎ :**

Assurance

Je certifie avoir reçu la proposition d'assurance couvrant les accidents corporels des membres sportifs.

J'adhère à la souscription d'assurance proposée ☐

Je n'adhère pas à la souscription d'assurance proposée ☐

Règlement Intérieur US VERN MUSCULATION

Je reconnais avoir reçu le Règlement Intérieur

Et surtout je m'engage à le RESPECTER ☐

Signature USV Musculation

Signature de l'adhérent(e)