U.S.O.B. MUSCULATION
44 rue francis de pressensé
95870 BEZONS
Tel : 06 27 10 05 69

Horaires d'entrainement : Lundi au Vendredi 18h00 – 22h00
Samedi 11h00 – 13h00
Dimanche 11h00 – 13h00

NOM : .....

Prénom : .....

N° PR2I (a remplir par la section) .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : .....

E-mail :.....@.....

Téléphone :.....

PIECES A FOURNIR LE JOUR DE L'INSCRIPTION :

- Un certificat médical
- Une photo d'identité avec Nom & Prénom inscrits au dos.
- La cotisation annuelle de :**160 €**
- La cotisation « groupe » de **120 €**
- La cotisation ½ saison de **120 €**
- Pour les mineurs : une autorisation parentale

Je, soussigné (e) .....
Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare accepter celui-ci sans restrictions.
Fait à ....., **le** .....20....

Signature précédée de la mention « LU ET APPROUVE, BON POUR ACCORD »