



TONIC CLUB ROGERVILLE

tonic.club.rogerville76@gmail.com

Facebook : Tonic Club

Instagram : tonicc.club

Téléphone : 06 68 67 29 31

Toutes les informations sur le site de la mairie de Rogerville

DOSSIER COMPLET ACCEPTE UNIQUEMENT

Le dossier d'inscription doit contenir :

- La fiche d'inscription complétée (une fiche par adhérent)
- Le certificat médical ci-joint complété par le médecin avec précision des activités réalisées. **Il est obligatoire pour toutes les activités de l'association.**
- Le ou les chèques libellés à l'ordre du TCR
- Une photo

Rogervillais et fidélité*	1 cours	150 €	Possibilité en 5 chèques de 30 euros
	Tous cours	220 €	Possibilité en 5 chèques de 44 euros
	1 cours 2 ^{ème} adhérent même famille**	120 €	Possibilité en 5 chèques de 24 euros
	Tous cours 2 ^{ème} adhérent même famille**	176 €	Possibilité en 4 chèques de 35 euros et 1 chèque de 36 euros
Extérieurs	1 cours	160 €	Possibilité en 5 chèques de 32 euros
	Tous cours	230 €	Possibilité en 5 chèques de 46 euros
	1 cours 2 ^{ème} adhérent même famille**	128 €	Possibilité en 4 chèques de 25 euros et 1 chèque de 28 euros
	Tous cours 2 ^{ème} adhérent même famille**	184 €	Possibilité en 4 chèques de 36 euros et 1 chèque de 40 euros

* Le tarif fidélité est applicable dès la 3^{ème} année consécutive d'adhésion.

** Le tarif même famille (-20%) concerne exclusivement parents et enfants même foyer et même adresse.

DOSSIER D'INSCRIPTION SAISON 2024 - 2025

Nom (en majuscule) :

Prénom :

Si enfant mineur, préciser nom et prénom et n° téléphone du responsable légal :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse mail (en majuscule) :

Jours	Horaires	Cours	Professeurs	Choix
Mardi	18h15 – 19h00	Renforcement Cuisses Abdos Fessiers	Mélanie	
Mardi	19h00 – 19h45	Hiit Cardio	Mélanie	
Jeudi	9h30 – 10h30	Pilates	Laurence	
Jeudi	10h30 – 11h30	Body Zen	Laurence	
Jeudi	18h15 – 19h00	Circuit Training	Mélanie	
Jeudi	19h00 – 19h45	Renforcement Musculaire	Mélanie	

CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE D'UN SPORT

Je soussigné, Docteur.....
certifie avoir examiné Mr / Mme (Nom et Prénom).....
né(e) le.....
et n'avoir pas constaté à ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique de :

- Renforcement Cuisses Abdos Fessiers
- Hiit Cardio
- Pilates
- Body Zen
- Circuit Training
- Renforcement Musculaire

A..... Le.....

Signature du Médecin

Cachet du Médecin