



NOM : PRENOM : date de naissance :

ADRESSE PERSONNELLE :

TEL. FIXE : PORTABLE : MAIL : @
(en cas de non réception de nos informations par courriel, n'hésitez pas à nous contacter afin que nous corrigions votre adresse)

Nom et commune de l'école :

Statut/fonction (entourez) : INSTIT - PE - STAGIAIRE - CONTRACTUEL - AESH / directeur - adjoint / retraité Echelon :

Type de poste : (entourez) : élém / mat / adj spé option..... / PSY / BD / PEMF / autre :
à : (entourez) TEMPS COMPLET - TEMPS PARTIEL 80% - TEMPS PARTIEL 75/80% - TEMPS PARTIEL 50%

NB : COTISATION A REDUIRE AU PRORATA DE LA QUOTITE EXERCEE POUR LES TEMPS PARTIELS

66% DU MONTANT DE LA COTISATION SONT DEDUCTIBLES DE VOS IMPOTS OU DONNENT DROIT A UN CREDIT D'IMPOT par remboursement si non-imposable.

	Ech 2	Ech 3	Ech 4	Ech 5	Ech 6	Ech 7	Ech 8	Ech 9	Ech 10	Ech 11
INSTIT.								158 €	168 €	180 €
P.E.	120 €	135 €	147 €	156 €	165 €	173 €	183 €	192 €	203 €	220 €
P.E. HC		220 €	230 €	245 €	259 €	265 €				
PE CL. EXC	240 €	255 €	265 €	HEA1 280 €	HEA2 290 €	HEA3 300 €				

PE STAGIAIRE	100 €
CONTRACTUEL ENSEIGNANT	100 €
AESH	40 €
MASTER 1	40 €
PENSION / RETRAITE	90 €
DISPO. / CONGE PARENTAL	36 €

Supplément de cotisation			
SEGPA / EREA / UPI	+ 15 €	DIRECT. CLASSE UNIQUE	+ 11 €
RASED / ULIS / PEMF / IME	+ 10 €	DIRECT. 2 à 4 CLASSES	+ 16 €
		DIRECT. 5 A 9 CLASSES	+ 18 €
		DIRECT. 10 CLASSES et +	+ 20 €

Vous pouvez adhérer :

- **Par chèque(s) (ne dépassant pas 2025)** à l'ordre du **SNUDI-FO 95** : en nous le(s) postant avec ce bulletin renseigné en précisant **au verso le mois de prélèvement** (nous déposerons alors votre chèque en fin du mois que vous aurez indiqué)

Nombre de versements 2024: Banque :

	Vers. 1	Vers. 2	Vers. 3	Vers. 4	Vers. 5	Vers. 6	Vers. 7	Vers. 8	Vers. 9	Vers. 10
Montants →										
Chèques Prélèvements sur mois →										

- **Par prélèvement(s) (ne dépassant pas 2025)** : fois ← indiquez le nombre et → **postez ou mailez** (snudi.95@free.fr) **ce bulletin d'adhésion renseigné + cette partie « mandat », complétée, signée et accompagné d'un RIB :**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CREANCIER : SNUDI FO 95, 38 rue d'Eragny, 95310 Saint-Ouen l'Aumône Identifiant créancier SEPA FR53ZZZ599777

Débiteur : NOM, Prénom

Adresse :

Code postal Ville

Le/...../..... à Signature :

Ne pas oublier de joindre un RIB

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNUD-FO 95. Elles sont conservées pendant la durée de votre adhésion plus une période de 3 ans et sont destinées à la direction de la communication de FO. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant : snudi.95@free.fr

- **Depuis votre smartphone par paiement CB** et renseignement du bulletin d'adhésion **en ligne** (jusqu'à 12 fractionnements CB possibles) **en flashant ce QRcode :**



Date : Signature :