 

Cher.e Collègue,

Au nom du SNICS, je tiens à vous souhaiter à toutes et tous une très bonne rentrée 2018. Une nouvelle année scolaire commence avec comme échéance importante  les élections professionnelles du mois de décembre, moment fort pour chacun et chacune d’entre nous.

Le libéralisme, clairement affiché, de notre gouvernement n’est pas sans conséquence pour notre profession et pour le service public en général.

L’ambiguïté demeure quant à la volonté de voir renaître un service de santé scolaire piloté par les médecins. Du rapport de la faculté de médecine, en passant par les recommandations du CESE, le rôle des infirmières de l’Éducation Nationale est occulté. Néanmoins, la détermination du SNICS à combattre tous les projets régressifs reste entière. Nous ne pouvons laisser se reproduire un schéma qui, en 1985, avait été déclaré, obsolète, inefficace et sans intérêt pour la santé des élèves.

La Politique de santé à l’Ecole doit rester de la responsabilité pleine et entière du ministre de l’Éducation Nationale. Les derniers textes l’encadrant ont été le fruit d’une longue bataille. Ils reconnaissent l’infirmière comme le « pivot » de cette nouvelle organisation. Notre profession exige le maintien de notre corps à l’Education Nationale au plus près des besoins des élèves, au sein de l’équipe éducative et pédagogique, sous la seule hiérarchie administrative du chef d’établissement. En tant qu’Infirmière Conseillère de Santé, nos compétences et expertise dans le champ de la promotion de la santé doivent être reconnues. Nous continuerons de les défendre avec force et conviction.

Notre orientation pour un syndicalisme de transformation sociale, progressiste alliant contestations, propositions, négociations et actions nous a toujours amené à concevoir et à construire des actions fortes, inscrites dans la durée avec la volonté d’une unité la plus large possible.

Pour continuer, le combat, nos combats, le SNICS a besoin de vous, avec une représentation nationale forte, et des commissaires paritaires en grand nombre dans chaque académie. C’est grâce à vous, que nous resterons le syndicat majoritaire pour défendre notre profession, notre place à l’Education Nationale au cœur des établissements. C’est ainsi que nous participons à la réussite de TOUS les élèves et étudiants.

***« Celui qui combat peut perdre, mais celui qui ne combat pas a déjà perdu.»*** Bertolt Brecht

En effet, la liste est longue des combats menés et gagnés par le SNICS. D’autres combats nous attendent.

Pour mener à bien tous ces chantiers, le SNICS en appelle à tous pour se (re) syndiquer afin de donner plus de poids à l’action collective.

Saphia Guereschi

Secrétaire Générale du SNICS

SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIER(E)S CONSEILLER(E)S DE SANTE

**S.N.I.C.S./FSU**

Bulletin d'adhésion ou de renouvellement 2018/2019

**A renvoyer à Agnès MICLO collège de la Souffel 67370 PFULGRIESHEIM**

Académie : Département :

Mme . M. (\*) Nom :«Nom» Nom de naissance :

Prénom :«Prénom» Date de naissance :

Adresse personnelle :«Adr1»

Code postal :«CP» Ville : «Ville» Téléphone :

Adresse Mail perso :

Adresse administrative :

Code postal : Ville : Téléphone :

Adresse Mail administrative :

Numéro d'identification de l'établissement ou du service : Externat Internat (\*)

Grade : Echelon : Date de la dernière promotion : Date du D.E. :

Date entrée Fonction Publique : Date entrée Education nationale :

Situation : titulaire - stagiaire - contractuel(le) - vacataire (\*)

Quotité de temps partiel : disponibilité - retraite (\*)

Je règle ma cotisation de : .............................. par chèque à l'ordre du S.N.I.C.S. ou par paiement fractionné (\*). Le paiement fractionné (PF) se fera en 4 ou 6 fois à 1 mois d'intervalle. Dans ce cas, remplir le formulaire de prélèvement, au verso (date limite d'envoi du PF: en 6 fois **1er janvier 2019,** PF en 4 fois **1er avril 2019)**.

**BAREME DES COTISATIONS 2018-2019**

***INFIRMIER(E) EN CATEGORIE A***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Echelon** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **Infirmier(e) de classe normale** | | | | | | | | | | |
| **Cotisations** | 99 | 104 | 109 | 115 | 123 | 132 | 137 | 141 |  |  |
| **Infirmier(e) de classe supérieure** | | | | | | | | | | |
| **Cotisations** | 115 | 124 | 132 | 138 | 143 | 149 | 153 |  |  |  |
| **Infirmier(e) hors classe** | | | | | | | | | | |
| **Cotisations** | 106 | 114 | 119 | 125 | 131 | 137 | 143 | 150 | 157 | 164 |

***INFIRMIER(E) EN CATEGORIE B***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Echelon** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Infirmier(e) de classe normale** | | | | | | | | |
| **Cotisations** | 90 | 94 | 100 | 107 | 114 | 122 | 131 | 139 |
| **Infirmier(e) de classe supérieure** | | | | | | | | |
| **Cotisations** | 121 | 128 | 134 | 141 | 145 | 149 |  |  |

***Auxiliaire, contractuel(le), Vacataire : 60€ - Retraité(e) : 52€ - disponibilité : 30€ - temps partiel : cotisation calculée au prorata du temps effectué : par exemple mi-temps : 1/2 cotisation de l'échelon.***

**PAIEMENT FRACTIONNE DE LA COTISATION SYNDICALE**

* Veuillez remplir cette demande de Paiement Fractionné.
* Indiquez le montant total de la cotisation.
* Choisissez le nombre de prélèvements pour lequel vous optez (4 ou 6)
* Signez cette autorisation de prélèvement et retournez-la très rapidement

**Date limite d’envoi pour les prélèvements en 6 fois : 1er janvier 2019, en 4 fois : 1er avril 2019**

NOM : «Nom» PRENOM :«Prénom»

Adresse : «Adr1»

Code postal : «CP» Ville :«Ville»

**MONTANT TOTAL DE LA COTISATION :**

**NOMBRE DE PRELEVEMENTS CHOISI : 4 6 (Rayer la mention inutile)**

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **le SNICS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SNICS**

Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

**Créancier**: SNICS – 46 Avenue d’Ivry 75013 PARIS

**Identifiant créancier SEPA** : FR37ZZZ642551

**Débiteur :** Votre nom et prénom : «Nom» «Prénom»

Votre adresse : «Adr1»

«CP» «Ville»

**COMPTE à DEBITER : à renseigner**

IBAN :

BIC :

A : Le :

**SIGNATURE :**

*J'accepte de fournir au S.N.I.C.S. les informations nécessaires à l'examen de ma carrière. Je demande au S.N.I.C.S. de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions paritaires et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements informatisés dans les conditions fixées dans les articles 26 et 27 de la loi du 6 janvier 1978. Cette autorisation est à reconduire lors du renouvellement de l'adhésion et révocable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au S.N.I.C.S., 46 avenue d’Ivry 75013 Paris ou à ma section académique.*