Bulletin d'adhésion au SNUipp-FSU de Vendée

Année scolaire 2017-2018

02 51 62 03 14
snu85@snuipp.fr

à renvoyer à l'adresse suivante :
SNUipp-FSU 85
Pole associatif
71 bd Aristide Briand – BP 01
85001 LA ROCHE SUR YON CEDEX

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|

Adresse personnelle : _____

_____

CP : |__|__|__|__|__| Ville : _____

N° téléphone fixe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° téléphone portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse mail : _____

Affectation : _____

Ville : _____

Mise en conformité avec la Commission Nationale Informatique et Libertés afin de pouvoir continuer à vous informer rapidement.
Je demande à la section du SNUipp-FSU 85 de me communiquer les informations professionnelles et 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 automatisés dans les conditions fixées par les articles 26 et 27 de la loi du 6.01.78. Cette autorisation est révocable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au SNUipp-FSU 85.
Je me syndique au SNUipp-FSU afin de contribuer :
- *à la défense des intérêts matériels et moraux des personnels actifs et retraités,*
- *au développement du service public et laïque d'Éducation,*
- *au maintien de l'unité de la profession dans un SNUipp-FSU indépendant, pluraliste et démocratique.*

Signature

Votre situation ☐ PE | Échelon : ___ ☐ CPC ☐ Retraité
☐ 50 % ☐ 78,13 % ☐ Instit. ☐ Adjoint ☐ Hors classe ☐ Spécialisé
☐ 80 % ☐ 100 % ☐ PEGC ☐ Directeur autre : _____

Tableau des cotisations 2017-2018 ***Professeurs des Écoles***

Échelon	PE 100 %	PE 50 %	PE 78,13 %	PE 80 %	PE hors classe	PE hors classe 78,13 %	PE classe exceptionnelle
1	50	-	-	-	168	131	205
2	50	-	-	-	180	141	217
3	130	65	102	111	192	150	229
4	134	97	105	115	208	163	245
5	137	68	107	117	221	173	
6	141	70	110	121	234	183	
7	149	74	116	128			
8	160	80	125	137			
9	170	85	133	146		*Directions et postes spécialisés : cf. tableau ci-dessous*	
10	183	91	143	157			
11	196	98	153	168			

Tableau des cotisations 2017-2018 ***Instituteurs-trices***

Échelon	Instit	Instit. 50 %	Instit. 78,13 %	Instit. 80 %	Instit. spécialisé
8	126	63	98	100	134
9	132	66	103	106	140
10	141	70	110	113	149
11	154	77	120	123	162

Tableau des cotisations 2017-2018 ***Retraités***

moins de 1 450€	85
de 1 450 à 1 600 €	97
de 1 600 à 1 700 €	105
de 1 700 à 1 850 €	113
de 1 850 à 2000 €	122
Plus de 2000€	127

Fonct. Stagiaire	50 Cout réel 17€	EVS / AVS	50 Cout réel 17€
PEGC	*Nous consulter*	Disponibilité *ou* Congé parental	50 Cout réel 17€

À rajouter si *bonification*

Direction 2-4 classes	Direction 5-9 classes	Direction + de 9 classes	Direction SEGPA	Spécialisé ASH, CAFIPEMF
7	11	14	14.5	8

Montant de votre cotisation : _____ €

Avec le crédit d'impôt, la cotisation correspond à 33 % de son montant initial (PE 9ème échelon : 56 € après déduction)

COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?

☐ par chèque(s) à l'ordre du SNUipp-FSU 85.
nb chèques : ..... (5 chèques maximum)

☐ par prélèvements SEPA octobre 2017 à juillet 2018
(Nombre .....mensualités (entre 2 et 6)).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - JOINDRE UN RIP, RIB OU RICE

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **SNUipp-FSU 85** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SNUipp-FSU 85***
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.

Banque : _____ Identifiant créancier SEPA : FR73ZZZ406678

Débiteur			**Créancier**		
Votre nom			Nom	**SNUipp 85**	
Votre adresse			Adresse	**Pole associatif**	
				71 blv A. Briand	
Code postal	Ville		Code postal	**85001** Ville	**La Roche sur Yon Cedex**
Pays			Pays	**France**	

IBAN |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|

BIC |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Paiement [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

À ..... Signature :

Le |__|__|__|

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Veuillez compléter tous les champs du mandat.