

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance :/...../.....

Téléphone fixe et/ou mobile : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Commune : _____

E-mail (en CAPITALES) : _____

@ _____

MA SITUATION ADMINISTRATIVE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Instituteur·trice | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Professeur·e des écoles | <input type="checkbox"/> AESH |
| <input type="checkbox"/> PSY EN | <input type="checkbox"/> Disponibilité |
| <input type="checkbox"/> PE stagiaire | <input type="checkbox"/> Congé parental |
| <input type="checkbox"/> Contractuel·le Alternant·e M1 | <input type="checkbox"/> Retraité·e |
| <input type="checkbox"/> Contractuel·le Alternant·e M2 | <input type="checkbox"/> CLD / CLM |
| <input type="checkbox"/> Etudiant·e AED | <input type="checkbox"/> Détaché·e |

MON AFFECTATION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adjoint·e | <input type="checkbox"/> Conseiller Pédagogique |
| <input type="checkbox"/> Directeur·trice
nombre de classes _____ | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Directeur·trice Segpa | <input type="checkbox"/> Affectation définitive |
| <input type="checkbox"/> Brigade | <input type="checkbox"/> Affectation provisoire |
| <input type="checkbox"/> TD-TS | Établissement de rattachement : _____ |
| <input type="checkbox"/> ASH | |
| <input type="checkbox"/> PEMF | précisez le ou les établissements
d'exercice pour l'année si différent : _____ |

MA QUOTITÉ

La cotisation est proportionnelle :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Temps complet | |
| <input type="checkbox"/> Temps partiel - quotité : _____ % | |

Classe Normale : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Hors Classe : 1 2 3 4 5 6 7

Classe EX : 1 2 3 4 Echelon Spé : 1 2 3

MON ÉCHELON AU 1-09-25

Conformément à la loi informatique et libertés, j'accepte de fournir à la FSU-SNUipp section de Vendée les informations nécessaires à l'examen de ma carrière ; je lui demande 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 06.01.78. Cette autorisation est révocable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant à la FSU-SNUipp section Vendée. Le SNUipp pourra utiliser les renseignements ci-dessus pour m'adresser l'ensemble de ses publications.

Échelons	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	À ajouter à la cotisation	Pts NBI	€	
Instituteur·rice					130 €	135 €	138 €	144 €	152 €	164 €	176 €	Direction	1 cl	3	1 €
PE	60 €	60 €	144 €	151 €	157 €	162 €	171 €	183 €	194 €	207 €	222 €	2-4 cl	16	8 €	
PE hors cl.	194 €	205 €	219 €	235 €	251 €	266 €	271 €					5-9 cl	30	12 €	
PE Cl. Exc	229 €	242 €	255 €	273 €	292 €	304 €	320 €					10 cl et +	40	16 €	
Psy EN	129 €	146 €	148 €	152 €	157 €	162 €	171 €	184 €	195 €	208 €	222 €	SEGPA	50	18 €	
Psy EN Hors cl.	194 €	205 €	220 €	236 €	252 €	266 €	271 €					ASH	27	10 €	
Psy EN Cl. Exc	229 €	242 €	255 €	273 €	292 €	304 €	320 €					PEAIEN	41	16 €	
AESH			25 €									Autre NBI	27	11 €	
Retraité·es	Inférieur à 1450 €	1450 € à 1600 €	1601 € à 1700 €	1701 € à 1850 €	1851 € à 2000 €	Plus de 2001 €									
	92 €	105 €	113 €	123 €	132 €	138 €									

Disponibilité, AED et CA: 92 €

Étudiant·es et SPA: 38 €

Contractuel·les : 120 €

RÈGLEMENT

- Par chèque(s) (joint(s) à l'ordre de la FSU-SNUipp85)
- Par prélèvement en _____ fois (possible jusqu'à 9 fois pour une cotisation prise avant fin octobre, 8 fois avant novembre, ...)
- Je souhaite bénéficier pour l'an prochain du renouvellement automatique (prélèvement uniquement) de ma cotisation. (J'ai bien noté que je recevrai à chaque début d'année scolaire les modalités de résiliation)

Montant de la cotisation

COTISATION

Le montant de la cotisation est à proratiser en cas de temps partiel (CLM, CLD et congé parental : contactez la FSU-SNUipp-85). Minimum : 90€ (hors AESH et étudiantes)

Date et Signature :

Mandat de prélèvement SEPA CORE

Veuillez compléter tous les champs du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat FSU-SNUipp-85 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FSU-SNUipp-85. Vous bénéficierez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée soit dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, soit sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Débiteur

NOM et Prénom.....

Adresse

Code postal : Ville : Pays : FRANCE

Compte à débiter

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Le..... à Signature :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. » Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Référence Unique Mandat (réservé à la FSU-SNUipp-85) :