



Situation personnelle :

M., Mme, Mlle
 Nom : Prénom :
 Né-e (nom patronymique)
 le:/...../.....
 Adresse personnelle :
 Ville : Code postal :
 ☎ : Portable :
 Courriel :@.....

Nouvel(le) adhérent (e) : oui non
 Actif-ive Retraité-e

Situation administrative :

- Titulaire Stagiaire Temps complet Temps partiel%
- Autres cas (CLM, CLD...) :
- Année de titularisation :
- Corps
 - PE Instituteur Psy AESH Etudiant-e
- Fonction (adjoint, direction, TR...) :
- Établissement (nom et adresse).....
- Échelon : Classe normale Hors-classe Classe Exceptionnelle

66 % de votre cotisation récupérée lors de vos impôts !

Echelons	Instituteur	Prof. Ecoles titulaire	P.E. Hors Classe	P.E. Classe Ex
1		106 €	186 €	230 €
2		126 €	191 €	243 €
3		131 €	223 €	263 €
4	119 €	137 €	237 €	284 €
5	124 €	148 €	250 €	304 € <small>Chevron 1</small>
6	127 €	150 €	266 €	316 € <small>Chevron 2</small>
7	129 €	162 €	281 €	348 € <small>Chevron 3</small>
8	135 €	174 €	X	X
9	142 €	186 €	X	X
10	154 €	200 €	X	X
11	169 €	214 €	X	X

Temps partiel (50%, 75%, 80% et Congé de Formation (85%)) : Calculez votre cotisation au prorata de la cotisation plein traitement (minimum 89 €)

Disponibilité - congé parental : 89 €

Montant de la cotisation annuelle (voir grille + majorations éventuelles) :

..... €

Modalité de paiement :

- soit par chèque libellé à SNUipp-FSU 86
- soit par CB en ligne depuis notre site
- soit par paiements fractionnés

Paiements fractionnés :

1. remplir le bulletin d'adhésion
2. remplir et **signer** le mandat SEPA (ci-dessous)
3. joindre un relevé d'identité bancaire ou postal

Non titulaires

Étudiant-e : 10 €
Si STAR : 35 €

Contractuel-le : 35 €

AESH : 25 €

PES : 50 €

MAJORATION DE COTISATION

	Bonification indiciaire	€	
Directions	2 à 4 classes	16	+ 5 €
	5 à 9 classes	30	+ 9 €
	10 cl. et plus	40	+ 12 €
	SEGPA	50	+ 15 €
NBI	ASH	27	+ 8 €
	CPC	27	+ 8 €

Retraité-es

- Pension inférieure à 1500 € : 90 €
- Pension comprise entre 1500 et 2000 € : 108 €
- Pension supérieure à 2000 € : 122 €

MANDAT SEPA PAIEMENT RECURRENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat SNUipp 86 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUipp. Vous bénéficierez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signé 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. Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvements non autorisés.

RUM
Réservé au SNU

NOM, PRENOMS et ADRESSE du TITULAIRE du COMPTE à DEBITER

Nom, Prénoms.....
 Adresse.....

CODE POSTAL : VILLE :

ORGANISME CREANCIER

Identifiant SNUipp 86 SEPA (ICS) : FR85ZZZ401321
 SNUipp VIENNE
 16 avenue du Parc d'Artillerie
 86034 POITIERS CEDEX

DESIGNATION du COMPTE à DEBITER

IBAN :

BIC :

Signé à : le :

Signature :

Merci de compléter ce mandat et de joindre un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne.

Ne pas omettre la date et la signature.