

VOUS NOM NOM DE NAISSANCE Prénom Date de naissance / / Adresse Code postal Ville Tél. : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ E-mail :@.....	VOTRE ÉTABLISSEMENT D'EXERCICE ☐ Collège ☐ SEGPA ☐ LP ☐ lycée NOM VILLE TEMPS PARTIEL ☐ oui ☐ non si oui, quotité :% AFFECTATION PROVISOIRE ☐ ZR ☐ AFA ☐ ATP SITUATION PARTICULIÈRE (CFP, PACD, CLM, dispo ...)
DÉVELOPPEMENT DU SYNDICAT ☐ Je souhaite afficher sur le panneau syndical de mon établissement	

VOTRE CARRIÈRE DISCIPLINE CORPS ☐ certifié ☐ agrégé ☐ PEPS ☐ PsyEN ☐ CPE ☐ contractuel ☐ AESH ☐ AED ☐ ATRF GRADE ECHELON ☐ Stagiaire ☐ classe normale ☐ hors classe ☐ classe exceptionnelle ☐ retraité-e	NOUS CONTACTER ① www.snfolc59.fr ☎ 03 20 52 49 18 ou 07 86 12 16 62 ✉ snfolc59@wanadoo.fr 📍 SNFOLC 59 254 Boulevard de l'Usine CS 90022 59045 LILLE CEDEX	
---	---	--

PAIEMENT DE LA COTISATION	
Montant au verso. ☐ Vous pouvez y ajouter 10€ pour la caisse de secours gérée par l'Union Départementale qui permet de secourir les syndiqués qui ont subi d'importantes pertes de salaire à la suite de mouvements de grève continus. <i>L'encaissement se fait avant le 15 décembre de l'année de l'adhésion.</i>	
Total	€

> Par prélèvement automatique Je souhaite que ce montant soit prélevé en : ☐ 1 fois ☐ 4 fois ☐ 2 fois ☐ 6 fois ☐ 3 fois ☐ 10 fois date de prélèvement : le 5 du mois En cas de première souscription au prélèvement automatique, joindre un RIB, compléter et signer le mandat SEPA au verso Tacite reconduction ☐ oui ☐ non	> Par chèque à l'ordre du SNFOLC (<u>faire parvenir 1 à 4 chèques en une seule fois</u>) Banque 1er chèque : € à encaisser à partir du / / n° du chèque 2ème chèque : € à encaisser à partir du / / n° du chèque 3ème chèque : € à encaisser à partir du / / n° du chèque 4ème chèque : € à encaisser à partir du / / n° du chèque
À le / / Signature :	

CRÉDIT D'IMPÔT Déclarez la cotisation lors de votre déclaration des revenus 2024 pour obtenir un remboursement de 66% de son montant. <i>Par exemple, une cotisation de 157,50 € vous coûtera en réalité 53,55 € et une cotisation de 241,80 € vous coûtera en réalité 82,21 €.</i>

Le montant de la cotisation annuelle est égal à la carte annuelle de 11,50 € + 12 timbres mensuels
1 timbre correspond à une heure de salaire.

		Classe normale											Stagiaire		105
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
Certifié - CPE - PEPS PsyEN	Timbre	10,54	11,92	12,12	12,47	12,87	13,29	14,04	15,07	15,94	17,02	18,19			
	Cotisation	138,0	154,5	156,9	161,1	165,9	171,0	180,0	192,3	202,8	215,7	229,8			
		Hors classe							Classe exceptionnelle						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	HEA1	HEA2	HEA3
	Timbre	15,94	16,87	18,07	19,34	20,64	21,79	22,19	18,79	19,87	20,94	22,44	24,07	25,02	26,29
	Cotisation	202,8	213,9	228,3	243,6	259,2	273,0	277,8	235,5	248,4	261,3	279,6	298,8	310,2	325,5

		Classe normale											AED AESH		36
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
Agrégé	Timbre	12,17	13,47	13,87	14,64	15,64	16,72	17,82	19,19	20,47	21,64	22,44			
	Cotisation	157,5	173,1	177,9	187,2	199,2	212,1	225,3	241,8	257,1	271,2	280,8			
			Hors classe						Classe exceptionnelle						
			1	2	3	HEA1	HEA2	HEA3	1	HEA1	HEA2	HEA3	HEB1	HEB2	HEB3
	Timbre		20,47	21,64	22,44	24,07	25,02	26,29	24,87	26,67	27,72	29,14	29,14	30,37	31,99
	Cotisation		257,1	271,2	280,8	300,3	311,7	327,0	309,9	331,5	344,1	361,2	361,2	375,9	395,4

		1	2	3	4	5	HEA1	HEA2	HEA3	HEB1	HEB2	HEB3	Retraité		
Chaires sup	Timbre	18,19	19,19	20,47	21,64	22,44	24,07	25,02	26,29	26,29	27,39	28,84	UCR (14,85 €) + Carte + 5 timbres d'actif		
	Cotisation	229,8	241,8	257,1	271,2	280,8	300,3	311,7	327,0	327,0	340,2	357,6			

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Contractuel MA	Timbre	9,92	10,49	11,09	11,64	12,24	12,84	13,47	14,14	14,82	15,49	16,17	16,84	17,57	18,39	19,19
	Cotisation	130,5	137,4	144,6	151,2	158,4	165,6	173,1	181,2	189,3	197,4	205,5	213,6	222,3	232,2	241,8

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Adjoint labo	Timbre	9,92	9,94	9,99	10,04	10,12	10,22	10,29	10,47	10,84	11,34	11,69
	Cotisation	130,5	130,8	131,4	132,0	132,9	134,1	135,0	137,1	141,6	147,6	151,8

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNFOLC 59. 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 : snfolc59@wanadoo.fr.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
En signant ce formulaire, vous autorisez le SNFOLC59 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNFOLC59. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec celle-ci. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	
TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
NOM :	IBAN BIC Joindre un RIB Organisme créancier : SNFOLC59 ICS : FR12ZZZ626705 254 bd de l'usine CS 90022 59 045 LILLE Cedex
PRENOM :	
ADRESSE :	
CODE POSTAL : VILLE :	
SIGNATURE	
Fait à :	REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) Sera rempli par le SNFOLC59
Le :	
Signature obligatoire	