

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

🌐 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.

L'encaissement se fait avant le 15 décembre de l'année de l'adhésion. **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 (**faire parvenir 1 à 4 chèques en une seule fois**)

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.

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 €.

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	15,04	15,94	16,99	18,19				
	Cotisation	138,0	154,5	156,9	161,1	165,9	171,0	180,0	192,0	202,8	215,4	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	18,04	19,32	20,62	21,79	22,19	18,79	19,87	20,94	22,44	24,04	24,99	26,27
		Cotisation	202,8	213,9	228,0	243,3	258,9	273,0	277,8	237,0	249,9	262,8	280,8	300,0	311,4	326,7

		Classe normale											AED AESH			36
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
Agrégé	Timbre	12,19	13,49	13,92	14,69	15,69	16,77	17,87	19,24	20,54	21,69	22,52				
	Cotisation	157,8	173,4	178,5	187,8	199,8	212,7	225,9	242,4	258,0	271,8	281,7				
			Hors classe						Classe exceptionnelle							
			1	2	3	HEA1	HEA2	HEA3	1	HEA1	HEA2	HEA3	HEB1	HEB2	HEB3	
		Timbre	20,54	21,69	22,52	24,14	25,09	26,37	24,94	26,74	27,79	29,19	29,19	30,44	32,04	
		Cotisation	258,0	271,8	281,7	301,2	312,6	327,9	310,8	332,4	345,0	361,8	361,8	376,8	396,0	

		1	2	3	4	5	HEA1	HEA2	HEA3	HEB1	HEB2	HEB3	Retraité		
Chaires sup	Timbre	18,19	19,19	20,47	21,62	22,44	24,04	24,99	26,27	26,27	27,39	28,84	UCR (14,85€) + Carte + 5 timbres d'actif		
	Cotisation	229,8	241,8	257,1	270,9	280,8	300,0	311,4	326,7	326,7	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	11,32	11,67
	Cotisation	130,5	130,8	131,4	132,0	132,9	134,1	135,0	137,1	141,6	147,3	151,5

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
PRENOM :			ICS : FR12ZZZ626705
ADRESSE :			254 bd de l'usine CS 90022
CODE POSTAL : VILLE :			59 045 LILLE Cedex
SIGNATURE			REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)
Fait à :	Signature obligatoire	
Le :		Sera rempli par le SNFOLC59	