

BULLETIN D'ADHÉSION

ANNÉE 2026



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 :

Adresse :

Ville :

RNE : 059

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 : ECHELON :

CORPS	GRADE
<input type="checkbox"/> Certifié.e	<input type="checkbox"/> Stagiaire
<input type="checkbox"/> Agrégé.e	<input type="checkbox"/> Classe normale
<input type="checkbox"/> PEPS	<input type="checkbox"/> Hors classe
<input type="checkbox"/> PsyEN	<input type="checkbox"/> Classe exceptionnelle
<input type="checkbox"/> CPE	<input type="checkbox"/> Retraité.e
<input type="checkbox"/> ATRF	
<input type="checkbox"/> Enseignant.e contractuel.le	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD
<input type="checkbox"/> AESH	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD
<input type="checkbox"/> AED	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD

NOUS CONTACTER

www.snfolc59.fr

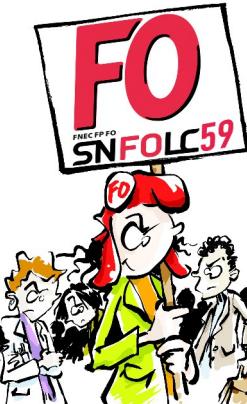
03 20 52 49 18

ou 07 86 12 16 62

@ snfolc59@wanadoo.fr
foaesh59hardy@gmail.com

SNFOLC 59

254 Bd de l'Usine
CS 90022
59045 LILLE CEDEX



PAIEMENT DE LA COTISATION

Montant au verso : €

Je souhaite ajouter 10€ ou plus pour la caisse de secours : €

L'encaissement se fait avant le 15 décembre de l'année de l'adhésion.

Total : €

!/! L'adhésion est annuelle (par année civile). Il est impossible d'annuler l'adhésion en cours d'année.

> Par prélèvement automatique

Tacite reconduction : Oui Non

Je souhaite que ce montant soit prélevé en :

- 1 fois 4 fois (si 1er prél. avant ou en septembre)
 2 fois 6 fois (si 1er prél. avant ou en juillet)
 3 fois 10 fois (si 1er prél. avant ou en mars)

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.

À :

Le :

Signature :

> 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 :

CRÉDIT D'IMPÔT

Déclarez la cotisation lors de votre déclaration des revenus 2026 pour obtenir **un remboursement de 66%** de son montant, même si vous ne payez pas d'impôt sur le revenu.

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 PEPS	Timbre	10,67	12,04	12,24	12,59	12,99	13,44	14,17	15,19	16,09	17,14	18,32			
	Cotisation	139,5	156,0	158,4	162,6	167,4	172,8	181,5	193,8	204,6	217,2	231,3			
CPE PsyEN	Hors classe												Classe exceptionnelle		
	Timbre	16,09	16,99	18,19	19,47	20,74	21,92	22,32	18,92	19,99	21,09	22,57	24,19	25,14	26,39
	Cotisation	204,6	215,4	229,8	245,1	260,4	274,5	279,3	238,5	251,4	264,6	282,3	301,8	313,2	328,2

Classe normale												AED - AESH	36	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
Agrégé	Timbre	12,29	13,59	13,99	14,79	15,79	16,84	17,94	19,32	20,59	21,74	22,57		
	Cotisation	159,0	174,6	179,4	189,0	201,0	213,6	226,8	243,3	258,6	272,4	282,3		
	Hors classe												Classe exceptionnelle	
	Timbre	20,59	21,74	22,57	24,19	25,14	26,39	25,09	26,89	27,94	29,34	29,34	30,59	32,19
	Cotisation	258,6	272,4	282,3	301,8	313,2	328,2	312,6	334,2	346,8	363,6	363,6	378,6	397,8

	1	2	3	4	5	HEA1	HEA2	HEA3	HEB1	HEB2	HEB3		
Chaires sup	Timbre	18,32	19,32	20,59	21,74	22,57	24,19	25,14	26,39	26,39	27,52	28,97	
	Cotisation	231,3	243,3	258,6	272,4	282,3	301,8	313,2	328,2	328,2	341,7	359,1	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Contractuel MA	Timbre	10,04	10,62	11,22	11,79	12,39	12,97	13,59	14,27	14,94	15,62	16,29	16,97	17,69	18,52	19,32
	Cotisation	132,0	138,9	146,1	153,0	160,2	167,1	174,6	182,7	190,8	198,9	207,0	215,1	223,8	233,7	243,3

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Adjoint labo	Timbre	9,89	9,92	9,94	9,97	9,99	10,04	10,04	10,09	10,17	10,19	10,47
	Cotisation	130,2	130,5	130,8	131,1	131,4	132,0	132,0	132,6	133,5	133,8	137,1

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 : <input type="text"/>				IBAN : <input type="text"/>			
PRENOM : <input type="text"/>				BIC : <input type="text"/>			
ADRESSE : <input type="text"/>				Joindre un RIB			
Code Postal : <input type="text"/> VILLE : <input type="text"/>				Organisme créancier : SNFOLC 59			
SIGNATURE obligatoire				ICS : FR12ZZZ626705			
Fait à : <input type="text"/> Le : <input type="text"/>				254 bd de l'usine CS 90022			
				59045 LILLE Cedex			
REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) : <input type="text"/>							
(Sera rempli par le SNFOLC 59 !!!)							