

### 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

☐ Certifié.e ☐ Stagiaire

☐ Agrégé.e ☐ Classe normale

☐ PEPS ☐ Hors classe

☐ PsyEN ☐ Classe exceptionnelle

☐ CPE ☐ Retraité.e

☐ ATRF

☐ Enseignant.e contractuel.le ☐ CDI ☐ CDD

☐ AESH ☐ CDI ☐ CDD

☐ AED ☐ CDI ☐ CDD

### NOUS CONTACTER

 [www.snfolc59.fr](http://www.snfolc59.fr)

☎ 03 20 52 49 18  
ou 07 86 12 16 62

@ [snfolc59@wanadoo.fr](mailto:snfolc59@wanadoo.fr)  
[foaesh59hardy@gmail.com](mailto: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 €.*

## PRIX DE LA COTISATION 2026 EN FONCTION DU CORPS, DU GRADE ET DE L'ECHELON

**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	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				
PEPS		Hors classe							Classe exceptionnelle							
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	HEA1	HEA2	HEA3	
CPE	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	
PsyEN																

		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						
			1	2	3	HEA1	HEA2	HEA3	1	HEA1	HEA2	HEA3	HEB1	HEB2	HEB3
	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	Retraité		
		18,32	19,32	20,59	21,74	22,57	24,19	25,14	26,39	26,39	27,52	28,97	UCR (15,50€) + Carte + 5 timbres d'actif		
<b>Chaires sup</b>	<b>Timbre</b>	18,32	19,32	20,59	21,74	22,57	24,19	25,14	26,39	26,39	27,52	28,97			
	<b>Cotisation</b>	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
<b>Contractuel MA</b>	<b>Timbre</b>	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
	<b>Cotisation</b>	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
<b>Adjoint labo</b>	<b>Timbre</b>	9,89	9,92	9,94	9,97	9,99	10,04	10,04	10,09	10,17	10,19	10,47
	<b>Cotisation</b>	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](mailto: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"/>	<b>Joindre un RIB</b>
Code Postal : <input type="text"/> VILLE : <input type="text"/>	
SIGNATURE obligatoire	
Fait à : <input type="text"/>	Organisme créancier : SNFOLC 59
Le : <input type="text"/>	ICS : FR12ZZZ626705
	254 bd de l'usine CS 90022
	59045 LILLE Cedex

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) :   
( Sera rempli par le SNFOLC 59 !!! )