

### VOS COORDONNEES

Mr, Mme : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : ...../...../..... Code Postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

E-mail (en capitales) : **Indispensable pour recevoir toutes nos informations !**

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Instituteur              | <input type="checkbox"/> Adjoint élémentaire       |
| <input type="checkbox"/> Professeur d'école       | <input type="checkbox"/> Adjoint maternelle        |
| <input type="checkbox"/> Prof d'école hors classe | <input type="checkbox"/> Directeur élémentaire     |
| <input type="checkbox"/> PES et PSY stagiaires    | - Nb de classes :                                  |
| <input type="checkbox"/> Contractuels             | <input type="checkbox"/> Directeur maternelle      |
| <input type="checkbox"/> Emploi Avenir Professeur | - Nb de classes :                                  |
| <input type="checkbox"/> Détaché                  | <input type="checkbox"/> ZIL                       |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité            | <input type="checkbox"/> Brigade de remplacement   |
| <input type="checkbox"/> Congé parental           | <input type="checkbox"/> UPE2A                     |
| <input type="checkbox"/> Congé formation          | <input type="checkbox"/> Regroupement d'adaptation |
| <input type="checkbox"/> Retraité.e               | <input type="checkbox"/> AVS / AESH                |
| <input type="checkbox"/> CLD / CLM                | <input type="checkbox"/> ULIS                      |
| <input type="checkbox"/> AVS                      |  |

### VOTRE SPECIALITE

- Rééducateur
- Psychologue
- Référent ASH
- Adjoint étab. spécialisé
- Directeur étab. spécialisé
- PEMF - IMF
- Directeur école applic.
- CPC
- CPAIEN
- Adjoint SEGPA
- Directeur adjoint SEGPA
- Directeur EREA / ERDP

- Temps complet
- Temps partiel
- quotité : \_\_\_\_\_ %

### ECHELON AU 31/08/2018

- 
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

**Etablissement d'exercice** (nom et adresse de l'école ou du collège. Pour les titulaires mobiles, le nom de l'école de rattachement) :

Commune : \_\_\_\_\_

### VOTRE COTISATION (UNIQUEMENT PAR PRÉLÈVEMENT ET SANS FRAIS)

#### LE PAIEMENT FRACTIONNE (gratuit)

Retourner la fiche de prélèvements complétée et signée accompagnée d'un RIB

Montant **total** cotisation :

Si vous le souhaitez :  
caisse de solidarité

Montant **de chaque**  
**prélèvement** :

Pour les années suivantes, j'autorise la Section du Rhône du SNUipp à renouveler automatiquement le prélèvement. (\*)

Le nombre de prélèvements dépend de la date d'enregistrement de votre dossier. Voir le tableau au dos pour plus de détails.

Après crédit d'impôt, votre cotisation de 90€ vous reviendra à 29€70.

Conformément aux résolutions de la CNIL, le SNUipp-FSU pourra utiliser les informations ci-dessus pour m'adresser ses publications. Il me communiquera les informations professionnelles et de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion de la CAPD et je l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et traitements informatisés conformément aux articles 26 et 27 de la loi du 06/01/78. Cette autorisation est révoquée par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au SNUipp.

(\*) Sur simple lettre ou courriel de ma part en début d'année scolaire, le prélèvement sera suspendu.

**Signature obligatoire :**

