

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 (voir tableau au verso)

LE PAIEMENT EN TOTALITE

- Par chèque à l'ordre de SNUipp Rhône

Cotisation : _____

Si vous le souhaitez :
caisse de solidarité _____

TOTAL : _____

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. (*)

Ou : • Sur internet : snu69@snuipp.fr

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 :

IMPORTANT

La cotisation syndicale donne droit à un **crédit d'impôt de 66%** de son montant.
Après déduction, votre cotisation ne vous aura donc coûté que le tiers de son montant.

DEBUTANTS	PES - Psy stagiaires Coût après crédit d'impôt	99 33
	Contractuel Coût après crédit d'impôt	42 14
	Emploi Avenir Professeur Coût après crédit d'impôt	42 14

INSTITUTEURS	Echelons	5	6	7	8	9	10	11
	Adjoint Coût après crédit d'impôt	131 45	145 49	158 54	171 58	179 61	190 65	207 70
	Autres (directeur, spécialisés...) Coût après crédit d'impôt	142 48	158 54	173 59	186 63	194 66	205 70	222 75

PROFESSEUR DES ECOLES Classe Normale	Echelons	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	PROFESSEUR DES ECOLES Hors Classe	3	4	5	6	PROFESSEUR DES ECOLES Classe exceptionnelle	Ech.	
	Adjoint + Classe unique Coût après crédit d'impôt	125 43	134 46	141 48	148 50	171 58	199 68	213 72	226 77	243 83	260 88		258 88	279 95	295 100	310 105		1	268 91
	Spécialisé+IMF+CPAIEN+PSY EN Coût après crédit d'impôt		143 49	149 51	156 53	180 61	210 71	223 76	236 80	252 86	270 92		269 91	288 98	305 104	320 109		2	273 93
	Directeur 2 à 4 classes Coût après crédit d'impôt		142 48	148 50	155 53	179 61	209 71	222 75	235 80	251 85	269 91		268 91	287 98	304 103	319 108		3	278 94
	Directeur 5 à 9 classes Coût après crédit d'impôt		146 50	152 52	159 54	185 63	214 73	227 77	240 82	257 87	274 93		273 93	292 99	309 105	324 110		4	300 102
	Directeur 10 classes et +		149 51	156 53	163 55	188 64	218 74	231 79	244 83	261 89	278 95		277 94	296 101	313 106	329 112		Ch1	310 105
Directeur établissement spécialisé Coût après crédit d'impôt					191 65	221 75	234 80	247 84	265 90	281 96	280 95	300 102	316 107	332 113	Ch2	320 109			
															Ch3	330 112			

RETRAITES	Moins de 1350€ Coût après crédit d'impôt	95 32
	de 1351€ à 1670€ Coût après crédit d'impôt	118 40
	de 1671 à 1830€ Coût après crédit d'impôt	142 48
	plus de 1830€ Coût après crédit d'impôt	169 57

TEMPS PARTIELS ET AUTRES	
Mi-temps	50% de la cotisation due (minimum 82€)
Autres quotités	au prorata de la cotisation due
Dispo + congé parental Coût après crédit d'impôt	52 18

Paiement fractionné (10 prélèvements sans frais)

Remplir le mandat ci-dessous si :

- vous optez pour la première fois pour le prélèvement de votre cotisation.
- vous aviez déjà le prélèvement mais qu'une modification est intervenue (état-civil, références bancaires...).

Date des prélèvements : Les 1er de chaque mois, d'octobre à juillet inclus

Adhésion avant le :	20/09/19	20/10/19	20/11/19	20/12/19	20/01/20	20/02/20	20/03/20	20/04/20	20/05/20	20/06/20
Nombre prélèvements :	10	9	8	7	6	5	4	3	2	chèque

Mandat de Prélèvement SEPA CORE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat SNU IPP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNU IPP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Paiement : Récurrent

Veuillez compléter tous les champs notés (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier.

Débiteur Vos Nom Prénom (*) : _____ Votre adresse (*) : _____ CP (*) : _____ Ville (*) : _____ Pays (*) : _____	Identifiant du créancier SEPA : FR 15ZZZ131369 SNUipp du Rhône 256 rue Francis de Pressensé 69100 Villeurbanne FRANCE	Référence Unique Mandat (réservé au créancier) :
--	--	---

BIC (*) : _____

IBAN (*) : _____

Le (*) : _____ **A (*) :** _____ **Signature :** _____

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. » Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.