

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

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 01/09/2020

- 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 :

