

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 01/09/2021

- 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 : _____

Ou : • Sur internet : snu69@snuipp.fr

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. (*)

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	99
	Coût après crédit d'impôt	33
	Contractuel	24
	Coût après crédit d'impôt	8
	Emploi Avenir Professeur	42
	Coût après crédit d'impôt	14

AESH
24
8

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

PROFESSEUR DES ECOLES Classe Normale	Echelons	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Adjoint + Classe unique	125	134	141	148	171	199	213	226	243	260
	Coût après crédit d'impôt	43	46	48	50	58	68	72	77	83	88
	Spécialisé+IMF+CPAIEN+PSY EN		143	149	156	180	210	223	236	252	270
	Coût après crédit d'impôt		49	51	53	61	71	76	80	86	92
	Directeur 2 à 4 classes		142	148	155	179	209	222	235	251	269
Coût après crédit d'impôt		48	50	53	61	71	75	80	85	91	
Directeur 5 à 9 classes		146	152	159	185	214	227	240	257	274	
Coût après crédit d'impôt		50	52	54	63	73	77	82	87	93	
Directeur 10 classes et +		149	156	163	188	218	231	244	261	278	
Coût après crédit d'impôt		51	53	55	64	74	79	83	89	95	
Directeur établissement spécialisé					191	221	234	247	265	281	
Coût après crédit d'impôt					65	75	80	84	90	96	

PROFESSEUR DES ECOLES Hors Classe	3	4	5	6
	258	279	295	310
	88	95	100	105
	269	288	305	320
	91	98	104	109
	268	287	304	319
91	98	103	108	
273	292	309	324	
93	99	105	110	
277	296	313	329	
94	101	106	112	
280	300	316	332	
95	102	107	113	

PROFESSEUR DES ECOLES Classe exceptionnelle	Ech.	
	1	268
		91
	2	273
	93	
3	278	
	94	
4	300	
	102	
Ch1	310	
	105	
Ch2	320	
	109	
Ch3	330	
	112	

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

TEMPS PARTIELS ET AUTRES	
Mi-temps	50% de la cotisation due (minimum 84€)
Autres quotités	au prorata de la cotisation due
Dispo + congé parental	52
Coût après crédit d'impôt	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 :	20/09/21	20/10/21	20/11/21	20/12/21	20/01/22	20/02/22	20/03/22	20/04/22	20/05/22	20/06/22
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

Veillez 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 (*) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------------	---

IBAN (*) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------	--

Le (*) :	A (*) :	Signature :
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>

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.