

NOM : _____	Prénom : _____
Date de naissance :/...../.....	Téléphone fixe et/ou mobile : _____
Adresse : _____	Code Postal : _____
Commune : _____	E-mail (en CAPITALES) : _____ @ _____

MA SITUATION ADMINISTRATIVE

- Instituteur·trice
- Professeur·e des écoles
- PSY EN
- PE stagiaire
- Contractuel·le Alternant·e M1
- Contractuel·le Alternant·e M2
- Etudiant·e AED
- Etudiant·e SPA
- AESH
- Disponibilité
- Congé parental
- Retraité·e
- CLD / CLM
- Détaché·e

- Adjoint·e
- Directeur·trice
- nombre de classe : _____
- Directeur·trice Segpa
- Brigade
- TRS
- ASH
- PEMF

MON AFFECTATION

- Conseiller Pédagogique
- Autre : _____
- Affectation définitive
- Affectation provisoire

Établissement de rattachement : _____

précisez le ou les établissements d'exercice de cette année si différent : _____

Quotité (cotisation proportionnelle) :

- Temps complet
- Temps partiel - quotité : _____ %

CLASSE EX : 1 2 3 4 Echelon Spé : 1 2 3

ÉCHELON AU 1/09/2024

HORS CLASSE : 1 2 3 4 5 6 7

CLASSE NORMALE : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Conformément à la loi informatique et libertés, j'accepte de fournir au SNUipp section de la Creuse les informations nécessaires à l'examen de ma carrière ; je lui demande de me communiquer les informations professionnelles et de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions partagées, et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements automatisés dans les conditions fixées par les articles 26 et 27 de la loi du 06.01.78. Cette autorisation est revocable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au SNUipp section de la Creuse. Le SNUipp pourra utiliser les renseignements ci-dessus pour m'adresser l'ensemble de ses publications.

Echelons	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Instituteur·rice					136 €	139 €	146 €	153 €	164 €	177 €	
PE	130 €	147 €	149 €	153 €	158 €	164 €	172 €	185 €	196 €	209 €	223 €
PE hors cl.	196 €	207 €	221 €	237 €	253 €	267 €	272 €				
PE Cl. Exc	230 €	243 €	257 €	275 €	294 €	306 €	321 €				
Psy EN	139 €	156 €	158 €	162 €	167 €	173 €	181 €	194 €	205 €	218 €	232 €
Psy EN Hors cl.	205 €	216 €	230 €	246 €	262 €	276 €					
Psy EN Cl. Exc	239 €	252 €	266 €	284 €	303 €	315 €	330 €				
AESH	à 50% : 38€		de 51 à 75% : 48 €		de 76% à 100% : 58€						
Retraité·es	1000 € / mois au plus	1000 € à 1400 €	1401 € à 1600 €	1601 € à 1800 €	1801 € à 2000 €	2001 € à 2200 €	Plus de 2201 €				
	90€	99€	111€	136€	146€	159€	169€				

Disponibilité, AED et CA: 90 €

Étudiant·es et SPA: 38 €

Contractuel·les : 120 €

À ajouter à la cotisation	Pts NBI	€
Direction	1 cl	3
	2-4 cl	16
	5-9 cl	30
	10 cl et +	40
	SEGPA	50
	ASH	27
Autre NBI	PEAIEN	41
	PEMF	27

RÈGLEMENT

- Par chèque(s) (joint(s) à l'ordre du FSU-SNUipp 23)
- Par prélèvement en _____ fois
(possible jusqu'à 10 fois pour une cotisation prise avant fin octobre, 9 fois avant novembre, ...)
- Je souhaite bénéficier pour l'an prochain du **renouvellement automatique (prélèvement uniquement)** de ma cotisation.(J'ai bien noté que je recevrai à chaque début d'année scolaire les modalités de résiliation)

Montant de la cotisation (Somme des deux montants)

Cotisation Solidaire (si vous le souhaitez)

Le SNUipp a mis en place une « Caisse de Solidarité » dont les fonds servent à financer diverses actions : solidarité avec les travailleurs en lutte, aide financière aux collègues en difficulté, soutien dans des situations d'urgence... La participation est volontaire et laissée à l'appréciation de chacun.

Le montant de la cotisation est à proratiser en cas de temps partiel (CLM, CLD et congé parental : contactez le SNUipp-FSU 23). Minimum : 90€ (hors AESH et étudiant·es)

Date et Signature :

Mandat de prélèvement SEPA CORE

Veuillez compléter tous les champs du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adressez l'ensemble au créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat FSU-SNUipp 23 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du FSU-SNUipp 23.

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 dépôt de votre compte pour un prélèvement autorisé.

- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Débiteur

NOM et Prénom.....

Adresse

Code postal : Ville : Pays : FRANCE

Compte à débiter

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Le..... à 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'opposition, 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.

Référence Unique Mandat (réservé au FSU-SNUipp23) :
