SNUDI 33 FO FNEC FP

Nouvelle adhésion AVRIL 2026

Pour les camarades non syndiqués en 2025

17 quai de la Monnaie 33080 Bordeaux Cedex—tel : 05 57 95 07 61
Courriel : snudifo33@yahoo.fr - Site internet : https://www.snudifo33.fr/

Chaque adhérent bénéficie d'un crédit d'impôt de 66 % du montant de sa cotisation : attestation fiscale envoyée avec la carte d'adhésion.
La cotisation SNUDI FO 33 fonctionne à l'année civile et l'engagement est pour l'année entière jusqu'au 31/12/2026.
Les syndiqués FO sont membres de droit de l'AFOC, association de consommateurs Force Ouvrière.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Snudi Fo 33 Elles sont conservées pendant la durée de votre adhésion plus une période de 3 ans et sont destinées à la direction de la communication de FO conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant par mail : snudifo33@yahoo.fr

Nom d'usage :_____ Prénom :_____

Nom de naissance :_____ Date de naissance :_____

Adresse postale _____ CP :_____ Ville_____

E-mail personnel *(pas académique)*:_____ @_____ Tel : _____

Fonction							PE : *grade*	AESH : *type de contrat*
□ AESH	□ Adjoint maternelle	□ ZIL	□ ULIS	□ PSY EN	□ Contractuel alternant	□ Retraité	□ classe normale	□ CDD
□ Directeur	□ Adjoint élémentaire	□ BD	□ SEGPA	□ CPC	□ Contractuel enseignant	□ Disponibilité	□ hors classe	□ CDI
□ Stagiaire	□ Elève fonct M1	□ TRS	□ IME/ITEP	□ RASED	□ Autre :.....	□ Congé parental	□ classe exceptionnelle	Depuis le :.....

Echelon (PE/Psy EN) /Niveau (AESH): ..... depuis le:.....Quotité de service (temps partiel PE).....% *(cotisations à calculer au prorata)*

Nom, adresse de l'établissement d'exercice :.....

Echelons /niveau		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
AESH Base 66%	/an /mois	40 € *5 €*				44 € *5.5 €*				48 € *6 €*		
Contractuels	/an /mois	78 € *9.75 €*				84 € *10.5 €*				92 € *11.5 €*		
PE/Psy EN Cl. normale	/an /mois	104 € *13 €*	120 € *15 €*		124 € *15.5 €*	128 € *16 €*	132 € *16.5 €*	140 € *17.5 €*	148 € *18.5 €*	158 € *19.75 €*	170€ *21.25 €*	184.8 € *23.1 €*
PE/Psy EN Hors classe	/an /mois		170 € *21.25 €*	186 € *23.25 €*	192 € *24€*	198 € *24.75 €*	206.4 € *25.8 €*	220 € *27.5 €*	**Pour tous les adhérents : 66% du montant de la cotisation déductible des impôts 2026**			
PE/Psy EN Cl. Except.	/an /mois	192 € *24 €*	200 € *25 €*	208 € *26 €*	228 € *28.5 €*	240 € *30 €*	256 € *32 €*	264 € *33 €*				
Retraités	/an /mois	Pension jusqu'à 1500€ 104 € *13 €*		Pension de 1500€ à 2000€ 120 € *15 €*			Pension + de 2000 € 144 € *18 €*		*Disponibilité, Congé Parental, etc* 64 € *8 €*			

Le montant de ma cotisation s'élève à : _____ €

☐ Je règle ma cotisation avec _____ chèques à l'ordre du SNUDI FO 33 . Je peux faire autant de chèques qu'il reste de mois pour finir l'année civile. Je note les mois d'encaissement souhaités au dos.

☐ Je règle ma cotisation par prélèvements automatiques. Ma cotisation sera divisée en autant de mois qu'il reste pour finir l'année au jour de mon adhésion. Je n'oublie pas de remplir le mandat ci-dessous et de joindre un RIB.

LES ENCAISSEMENTS DES CHEQUES ET LES PRELEVEMENTS ONT LIEU LE 1er JEUDI DE CHAQUE MOIS.

Mandat de prélèvement SEPA

SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **SNUDI FO 33** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SNUDI FO 33**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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.

SNUDI FO

Référence unique du mandat : _____ Identifiant créancier SEPA : FR40ZZZ008408

Débiteur :

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Créancier :

Nom **SNUDI FO 33**

Adresse **17 quai de la monnaie**

Code postal **33080** Ville **BORDEAUX CEDEX**

Pays **France**

IBAN

BIC

Paiement : [x] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

A : _____ Le : _____

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.