

# Renouvellement d'adhésion 2026

*Pour les camarades 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
<input type="checkbox"/> AESH	<input type="checkbox"/> Adjoint maternelle	<input type="checkbox"/> ZIL	<input type="checkbox"/> ULIS	<input type="checkbox"/> PSY EN	<input type="checkbox"/> Contractuel alternant	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> classe normale	<input type="checkbox"/> CDD			
<input type="checkbox"/> Directeur	<input type="checkbox"/> Adjoint élémentaire	<input type="checkbox"/> BD	<input type="checkbox"/> SEGPA	<input type="checkbox"/> CPC	<input type="checkbox"/> Contractuel enseignant	<input type="checkbox"/> Disponibilité	<input type="checkbox"/> hors classe	<input type="checkbox"/> CDI			
<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Elève Fonct. M1	<input type="checkbox"/> TRS	<input type="checkbox"/> IME/ITEP	<input type="checkbox"/> RASED	<input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Congé parental	<input type="checkbox"/> classe exceptionnelle	Depuis le : .....			

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

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

Echelons		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
AESH	/an	54 €				60 €				66 €		
	/mois	4.5 €				5 €				5.5 €		
Contractuels	/an	105 €				111 €				123 €		
	/mois	8.75 €				9.25 €				10.25 €		
Elèves Fonctionnaires M1	/an	84 €										
	/mois	7 €										
PE/Psy EN Cl. Normale	/an	138 €	159 €		165 €	171 €	177 €	186 €	198 €	210 €	228 €	246 €
	/mois	11.50 €	13.25 €		13.75 €	14.25 €	14.75 €	15.5 €	16.5 €	17.5 €	19 €	20.5 €
PE/Psy EN Hors classe	/an		225 €	249 €	258 €	264 €	276 €	294 €	<b>Pour tous les adhérents : 66% du montant de la cotisation déductible des impôts 2025</b>			
	/mois		18.75 €	20.75 €	21.5 €	22 €	23 €	24.5 €				
PE/Psy EN Cl. Except.	/an	255 €	267 €	285 €	303 €	321 €	339 €	351 €				
	/mois	21.25 €	22.25 €	23.75 €	25.25 €	26.75 €	28.25 €	29.25 €				
Retraités	/an	Pension jusqu'à 1500€		Pension de 1500€ à 2000€			Pension de plus de 2000 €		Disponibilité, Congé Parental, etc			
	/mois	108 €		129 €			153 €		78 €			
		9 €		10.75 €			12.75 €		6.5 €			

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 est divisée en douze prélèvements. **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 1<sup>er</sup> JEUDI DE CHAQUE MOIS.

Mandat de prélèvement SEPA		SNUDI FO 33	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) _____ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de _____.		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.	
Référence unique du mandat : _____		Identifiant créancier SEPA : FR40ZZZ008408	
Débiteur : Votre Nom _____ Votre Adresse _____ Code postal _____ Ville _____ Pays _____		Créancier : Nom <b>SNUDI FO 33</b> Adresse <b>17 quai de la monnaie</b> Code postal <b>33080</b> Ville <b>BORDEAUX CEDEX</b> Pays <b>France</b>	
IBAN _____		Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel	
BIC _____		Le : _____	
A : _____		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.