BULLETIN D'ADHESION 2024 – 2025 (ou de renouvellement d'adhésion)

A remettre au trésorier du Snes de votre établissement (ou au SNES, 138 rue de Pessac 33000 Bordeaux)

Il est indispensable de dater et signer votre bulletin d'adhésion et le mandat SEPA (Prélèvements)

Données personnelles

Identifiant SNES (si vous étiez déjà adhérent) ____ **Civilité** : ☐ F ☐ H **Date de naissance** ____

Nom (utilisez le nom connu du rectorat présent sur le bulletin de salaire) ____

Nom patronymique (de naissance) ____ **Prénom** ____

N° et voie (rue, bd …), escalier ____

Boite postale – Lieu-dit (ville pour les pays étranger) ____

Code postal ____ **Ville** (ou pays étranger) ____

Téléphone fixe ____ **Téléphone portable** ____ **Courriel** : ____

Ne pas indiquer d'adresse professionnelle en @ac-academie.fr

Situation professionnelle

Catégorie (Certifié, Agrégé, CPE, Psy-EN, Chaire sup, MA, Contractuel, Vacataire, AED,…) ____

☐ Classe normale ☐ Hors classe ☐ Classe exceptionnelle **Echelon** ____ **Date** ____

Discipline de recrutement ____ **Discipline d'exercice** (si différente) ____

Titulaire : ☐ Poste fixe ☐ ZR **Contractuel** : ☐ CDD ☐ CDI ☐ **Stagiaire** ☐ **Retraité**

Congé ou détachement (précisez sa nature) ____ **Si temps partiel** (quotité) ____

☐Enseignant de langue régionale ☐ Conseiller en formation continue ☐ Formateur GRETA ☐ Conseiller pédagogique tuteur

Enseignant en ☐ STS ☐ classe prépa **Enseignant au** ☐ CNED ☐ CANOPE ☐ **Autre, préciser** ____

Etablissements

Affectation ministérielle (ZR pour les TZR, Rectorat pour les stagiaires, Etablissement pour les titulaires poste fixe……) Code :

Nom et ville ____

Rattachement administratif (uniquement pour les TZR) Code :

Nom et ville ____

Etablissement d'exercice Code :

Nom et ville ____ Quotité horaire :

Autres établissements d'exercice

Code : **Nom et ville** ____ Quotité horaire :

Code : **Nom et ville** ____ Quotité horaire :

Consentement : *En signant, j'accepte de fournir au SNES-FSU, et pour le seul usage syndical, les données nécessaires à mon information et à l'examen de ma carrière. Je demande au SNES-FSU de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers traités informatiquement dans le cadre de la loi informatique et liberté du 06/01/1978 modifiée et au règlement européen n° 2016/679/UE dit RGPD du 27/04/2016 applicable le 25/05/2018. Voir notre charte RGPD sur www.snes.edu/RGPD.html. Cette autorisation est révocable par moi-même en m'adressant au SNES 46 avenue d'Ivry 75647 Paris cedex 13 ou à ma section académique.*

Cotisation : **Montant total** ____ € *(Voir barème ou mode de calcul)*

Mode de paiement :

Précisez le nombre de prélèvements et leur montant : ____ **prélèvements de** ____ € **chacun**.

Le nombre et le montant des prélèvements pourront être ajustés pour que le dernier ait lieu au plus tard en aout 2025.

☐ **Adhésion tacitement reconductible d'une année sur l'autre, paiement par prélèvements automatiques reconductibles.** *Je serai informé-e de leur montant et de leurs échéances en début d'année scolaire et pourrai à tout moment suspendre mon adhésion ou en modifier le mode de paiement, apporter les corrections nécessaires à ma situation et modifier en conséquence le montant des prélèvements.*

Joindre obligatoirement un RIB et compléter le mandat SEPA en cas de prélèvements (Paiement récurrent : ne veut pas dire reconductible mais autorisation de plusieurs prélèvements)

Si vous ne souhaitez pas cette solution deux possibilités s'offrent à vous :

☐ **Paiement par prélèvements automatiques non reconductibles.**

(Validés pour l'année scolaire en cours, fin des prélèvements au plus tard en août)

☐ **Paiement par chèque joint au nom du SNES.**

Date : **Signature :**

MANDAT SEPA

Single Euro Payments Area – Espace unique de paiement en euros

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SNES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNES.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.
Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits, concernant le présent mandat, sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Pour adherer directement en ligne

Veuillez compléter en lettres capitales en respectant le précasage

NOM
PRENOM
ADRESSE 1
ADRESSE 2
CODE POSTAL-VILLE
PAYS
IBAN
BIC

Paiement : [X] récurrent ou [ ] unique

Pour le compte de :

SNES
46, avenue d'Ivry
75647 PARIS Cedex 13

Ref : COTISATION SNES

Signé à :
Le :

MERCI DE JOINDRE UN RIB

Document à renvoyer à l'adresse indiquée en haut du bulletin d'adhésion **Ne rien inscrire sous ce trait**

Référence unique du mandat : ____ Identifiant créancier SEPA : FR 59 ZZZ 131547