

VOUS

NOM

NOM DE NAISSANCE

Prénom

Date de naissance / /

Adresse

Code postal Ville

Tél. : _____

E-mail :@.....

VOTRE ÉTABLISSEMENT D'EXERCICE

Collège SEGPA LP lycée

NOM

ADRESSE.....

VILLE

RNE 059_.....

TEMPS PARTIEL oui non si oui, quotité :%

AFFECTATION PROVISOIRE ZR AFA ATP

SITUATION PARTICULIÈRE (CFP, PACD, CLM, dispo ...)

.....

DÉVELOPPEMENT DU SYNDICAT

Je souhaite afficher sur le panneau syndical de mon établissement

VOTRE CARRIÈRE

DISCIPLINE ECHELON.....

<input type="checkbox"/> certifié-e	<input type="checkbox"/> stagiaire
<input type="checkbox"/> agrégé-e	<input type="checkbox"/> classe normale
<input type="checkbox"/> PEPS	<input type="checkbox"/> hors classe
<input type="checkbox"/> PsyEN	<input type="checkbox"/> classe exceptionnelle
<input type="checkbox"/> CPE	<input type="checkbox"/> retraité-e
<input type="checkbox"/> ATRF	
<input type="checkbox"/> enseignant·e contractuel·le	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AESH CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> AED CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/>	

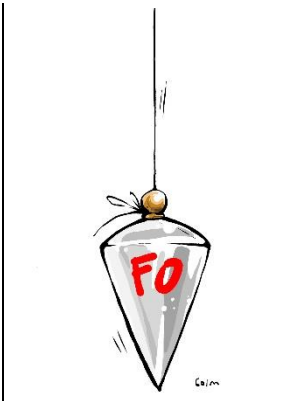
NOUS CONTACTER

① www.snfolc59.fr

☎ 03 20 52 49 18 ou 07 86 12 16 62

✉ snfolc59@wanadoo.fr

📄 **SNFOLC 59**
254 Boulevard de l'Usine
CS 90022
59045 LILLE CEDEX



PAIEMENT DE LA COTISATION

Montant au verso , €

Je souhaite ajouter 10€ ou plus pour la caisse de secours. , €

L'encaissement se fait avant le 15 décembre de l'année de l'adhésion. **Total :** , €

> Par prélèvement automatique

Je souhaite que ce montant soit prélevé en :

Tacite reconduction oui non

1 fois 4 fois (si 1^{er} prél. avant ou en septembre)

2 fois 6 fois (si 1^{er} prél. avant ou en juillet)

3 fois 10 fois (si 1^{er} prél. avant ou en mars)

Date de prélèvement : le 5 du mois

En cas de première souscription au prélèvement automatique, joindre un RIB, compléter et signer le mandat SEPA au verso

À, le / /

Signature :

> Par chèque à l'ordre du SNFOLC (faire parvenir 1 à 4 chèques en une seule fois)

Banque

1er chèque : , € à encaisser à partir du / /

n° du chèque

2ème chèque : , € à encaisser à partir du / /

n° du chèque

3ème chèque : , € à encaisser à partir du / /

n° du chèque

4ème chèque : , € à encaisser à partir du / /

n° du chèque

CRÉDIT D'IMPÔT

Déclarez la cotisation lors de votre déclaration des revenus 2025 pour obtenir **un remboursement de 66%** de son montant.
Par exemple, une cotisation de 157,50 € vous coûtera en réalité 53,55 € et une cotisation de 241,80 € vous coûtera en réalité 82,21 €.

Le montant de la cotisation annuelle est égal à la carte annuelle de 11,50€ + 12 timbres mensuels
1 timbre correspond à une heure de salaire.

		Classe normale											Stagiaire			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	105			
Certifié - CPE - PEPS PsyEN	Timbre	10,54	11,92	12,12	12,47	12,87	13,29	14,04	15,04	15,94	16,99	18,19				
	Cotisation	138,0	154,5	156,9	161,1	165,9	171,0	180,0	192,0	202,8	215,4	229,8				
			Hors classe							Classe exceptionnelle						
			1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	HEA1	HEA2	HEA3
	Timbre	15,94	16,87	18,04	19,32	20,62	21,79	22,19	18,79	19,87	20,94	22,44	24,04	24,99	26,27	
	Cotisation	202,8	213,9	228,0	243,3	258,9	273,0	277,8	237,0	249,9	262,8	280,8	300,0	311,4	326,7	

		Classe normale											AED AESH				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	36				
Agrégé	Timbre	12,19	13,49	13,92	14,69	15,69	16,77	17,87	19,24	20,54	21,69	22,52					
	Cotisation	157,8	173,4	178,5	187,8	199,8	212,7	225,9	242,4	258,0	271,8	281,7					
			Hors classe						Classe exceptionnelle								
			1	2	3	HEA1	HEA2	HEA3	1	HEA1	HEA2	HEA3	HEB1	HEB2	HEB3		
	Timbre	20,54	21,69	22,52	24,14	25,09	26,37	24,94	26,74	27,79	29,19	29,19	30,44	32,04			
	Cotisation	258,0	271,8	281,7	301,2	312,6	327,9	310,8	332,4	345,0	361,8	361,8	376,8	396,0			

		1	2	3	4	5	HEA1	HEA2	HEA3	HEB1	HEB2	HEB3	Retraité		
		Chaires sup	Timbre	18,19	19,19	20,47	21,62	22,44	24,04	24,99	26,27	26,27	27,39	28,84	UCR (15,05€) + Carte + 5 timbres d'actif
Cotisation	229,8		241,8	257,1	270,9	280,8	300,0	311,4	326,7	326,7	340,2	357,6			

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		Contractuel MA	Timbre	9,92	10,49	11,09	11,64	12,24	12,84	13,47	14,14	14,82	15,49	16,17	16,84	17,57
Cotisation	130,5		137,4	144,6	151,2	158,4	165,6	173,1	181,2	189,3	197,4	205,5	213,6	222,3	232,2	241,8

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Adjoint labo	Timbre	9,92	9,94	9,99	10,04	10,12	10,22	10,29	10,47	10,84
Cotisation	130,5		130,8	131,4	132,0	132,9	134,1	135,0	137,1	141,6	147,3	151,5

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNFOLC 59. 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 : snfolc59@wanadoo.fr.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
<p>En signant ce formulaire, vous autorisez le SNFOLC59 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNFOLC59. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec celle-ci. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.</p>	
TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER NOM : PRENOM : ADRESSE : CODE POSTAL : VILLE :	DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER IBAN : BIC : Joindre un RIB Organisme créancier : SNFOLC59 ICS : FR12ZZZ626705 254 bd de l'usine CS 90022 59 045 LILLE Cedex
SIGNATURE Fait à : Le :	SIGNATURE obligatoire REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) Sera rempli par le SNFOLC59