

FORMULAIRE ADHÉSION 2026

à renvoyer par courrier à SNUDI-FO 21, 2 rue Romain Rolland - 21000 DIJON
ou par mail : snudifo21@gmail.com

66% de la cotisation est déductible du montant de votre impôt sur les revenus.

Si vous n'êtes pas imposable, vous bénéficiez d'un crédit d'impôt correspondant à 66% de la cotisation.

ÉCHELONS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PE CLASSE NORMALE	77	140	145	150	160	170	180	190	205	220	240
<i>Après impôts</i>	26.18	47.60	49.30	51	54.40	57.80	61.20	64.60	69.70	74.80	81.6
PE HORS CLASSE			240	255	280	295	305				
<i>Après impôts</i>			81.60	86.70	95.20	100.30	103.70				
PE CLASSE Exceptionnelle	250	270	290	315	1^{ère} année : 340 / 2^{ème} année : 350 / 3^{ème} année : 370						
<i>Après impôts</i>	85	91.80	98.60	107.10	1^{ère} année : 115.60 / 2^{ème} année : 119 / 3^{ème} année : 125.80						
Ajouter à la cotisation	Directeur 2 à 4 classes : + 5 € (1,70 €) Directeur 5 à 9 classes : + 10 € (3,40 €) Directeur 10 classes et + : +15 € (5,10 €)										
Autres catégories	Stagiaire : voir échelon 1 Contractuel : 80 € (27,20 €)				Retraité : 85 € (28,90 €)						
	Enseignants à temps partiel : cotisations prorata temporis				AESH-EVS-AVS : 30 € (10,20 €)						

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNUDI-FO. 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 : snudifo21@gmail.com. **En signant le bulletin, j'accepte les conditions générales sus-citées.**

NOM / Prénom :

Adresse personnelle :

Téléphone : - - - -

Adresse électronique :

Poste (adj., dir., spé., TRS...) :

Nom et Adresse de l'école :

Temps partiel : quotité%

Montant réglé selon l'échelon et la quotité :

<input type="checkbox"/> par chèque(s) en indiquant le mois d'encaissement au dos du chèque	<input type="checkbox"/> par virement (maximum 3)	<input type="checkbox"/> par prélèvement (voir au verso)
---	---	--

RIB SNUDI-FO 21

10278	02543	00020644101	07	CCM AUXOIS SUD
Établissement	Guichet	N° compte	Clé	Domiciliation
BIC		IBAN		
CMCIFR2A	FR76	1027	8025	4300
	0206	4410	107	

Le /..... /.....

Signature :

Modèle de mandat de prélèvement SEPA



Ne remplir que les cases grises

Référence Unique de Mandat (RUM)	N°adhérent
Type de paiement	récurrent

En signant ce formulaire de mandat de prélèvement, *Nom / Prénom* :

autorise le SNUDI-FO 21 à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte conformément aux instructions du SNUDI-FO 21

Informations sur le créancier :

Créancier :	SNUDI-FO 21
N° d'Identifiant Créditeur SEPA (ICS) :	FR38ZZZ887652
Adresse du créancier :	2 rue Romain Rolland
Code postal :	21000
Ville :	DIJON
Pays :	FRANCE

Informations sur le débiteur : à remplir

Nom Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Pays :	
Nom de la banque du débiteur :	
Adresse de la banque	
Code BIC (ou SWIFT) de la banque	
IBAN du débiteur	

Signature du mandat de prélèvement :

Lieu	Date du jour	Signature du débiteur
.....

Nombre de prélèvements (cocher) : mensualisé, 1, 2, 3 ou autre.

<input type="checkbox"/>				
Mensualisé	1 prélèvement	2 prélèvements	3 prélèvements	Nombre de prélèvements au choix :

Ce mandat est dédié aux prélèvements SEPA. Le débiteur peut se faire rembourser par sa banque un montant prélevé sur un compte bancaire, selon les délais suivants :

- Jusqu'à 8 semaines à partir de la date de débit, pour un prélèvement autorisé,
- Jusqu'à 13 mois, en cas de prélèvement non autorisé.