

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 bénéficierez d'un crédit d'impôt correspondant à 66% de la cotisation.

ECHELONS	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
Après impôts	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				
Après impôts			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						
Après impôts	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 grisées

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 Créancier 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.