

SYNDIQUEZ-VOUS, c'est votre seule force ! COTISATIONS SYNDICALES 2026

| RETRAITE | AESH | MASTER 1 et 2 | Dispo/congé parental | PE stagiaire | CONTRACTUEL |
|----------|-------|---------------|----------------------|--------------|-------------|
| 95€ | 35€ | 35€ | 35€ | 45€ | 45€ |
| 32,30€ | 11,7€ | 11,7€ | 11,7€ | 15,3€ | 15,3€ |

| ECHELON | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|
| INSTIT | | | | | | | | | 155€ 51€ | 165€ 52,7€ | 170€ 56,10€ |
| P.E. | | 137€ 46,5€ | 139€ 47,26€ | 143€ 48,62€ | 149€ 51€ | 156€ 53,04€ | 166€ 56,44€ | 177€ 60,18€ | 187€ 63,58 | 207€ 70,38€ | 221€ 75,44€ |
| P.E. Hors Classe | | 207€ 70,38€ | 222€ 75,48€ | 240€ 81,6€ | 257€ 87,38€ | 273€ 92,82€ | 279€ 94,86€ | | | | |
| P.E Classe Exceptionnelle | 232€ 78,88€ | 246€ 83,64€ | 259€ 88,06€ | 277€ 94,18€ | 296€ 100,64€ | 308€ 104,72€ | 323€ 110,08€ | | | | |

66% de la cotisation syndicale sont déductibles de votre impôt. Les salariés non-imposables auront un remboursement des Finances Publiques d'un montant égal à 66% de la cotisation syndicale. Vous trouverez dans ce tableau, en dessous des montants des cotisations, le montant réel d'une cotisation après la déduction des impôts.

| | | |
|---|--|--|
| Nouvelle adhésion <input type="checkbox"/> | Renouvellement de cotisation <input type="checkbox"/> | |
| Nom : <input style="width: 100%;" type="text"/> | Prénom : <input style="width: 100%;" type="text"/> | Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Adresse personnelle: <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Code postal : <input style="width: 100%;" type="text"/> | Ville : <input style="width: 100%;" type="text"/> | Tél portable : <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Email : <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Corps : <input type="radio"/> contractuel <input type="radio"/> Instit <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> Psy Grade : <input type="radio"/> Cl. Norm. <input type="radio"/> Hors Cl. <input type="radio"/> Cl. Excep. Echelon : <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Fonction : <input type="radio"/> Adj <input type="radio"/> Dir <input type="radio"/> Rempl. <input type="radio"/> TRS <input type="radio"/> RASED <input type="radio"/> SEGPA <input type="radio"/> ULIS <input type="radio"/> UPEZA <input type="radio"/> PEMF <input type="radio"/> MASTER 1 <input type="radio"/> MASTER 2 <input type="radio"/> Contractuel <input type="radio"/> AESH <input type="radio"/> Congé parental/Disponibilité <input type="radio"/> Retraité | | |
| Autre : <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Affectation à titre : <input type="radio"/> Définitif <input type="radio"/> Provisoire Si travail à temps partiel, quotité travaillée <input style="width: 100%;" type="text"/> % * | | |
| Etablissement : <input type="radio"/> maternelle <input type="radio"/> élémentaire <input type="radio"/> collège ou lycée <input type="radio"/> établissement spécialisé | | |
| Nom de l'établissement <input style="width: 100%;" type="text"/> ville: <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| *Temps partiels (sauf temps partiel thérapeutique qui est rémunéré à temps complet) : Le montant de la cotisation est au prorata du temps travaillé. Exemple : Vous êtes à l'échelon 9 et travaillez à 75%. Calcul cotisation 182€ X 0.75 = 136,5€ après déduction d'impôt cela reviendra à 46€41 l'année. | | |

- ☐ par chèque (plusieurs versements possibles inscrire le mois d'encaissement souhaité au dos de chaque chèque)
☐ par des prélèvements automatiques trimestriels. Les prélèvements ont lieu chaque début des mois de janvier, avril, juillet et octobre.
☐ par virement(s) automatique(s) indiquer le montant(s) et date(s) des virements

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Complétez, signez, joignez un RIB et retournez l'autorisation ci-dessous

par mél à snudifo64@gmail.com ou par courrier à Olivier Soyez, Trésorier SNUDI-FO 64, 329 chemin Hariagaraia 64990 VILLEFRANQUE

L'autorise l'établissement teneur de corps à effectuer sur ce dernier les prélèvements ordonnés par le SNUDI-FO 64 en règlement de la cotisation syndicale correspondant à ma situation professionnelle (compes, grade, fonction, quotité de travail)

N° de compte crédit coopératif du SNUDI-FO 64 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 1 | 3 | 7 | 3 | 8 | 9 | 6 | 3 |

**N°
National
d'émetteur
414977**

Titulaire du compte à débiter : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom et prénom

NOM et adresse de la banque à débiter (joindre un RIB)

Compte à débiter

[illegible]

| | | |
|--------------|--|--------------------|
| Date: | | Signature : |
|--------------|--|--------------------|