

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

RETRAITE	AESH	MASTER 1 et 2	Dispo/congé parental	PE stagiaire	CONTRACTUEL
95€ 32,30€	35€ 11,7€	35€ 11,7€	35€ 11,7€	45€ 15,3€	45€ 15,3€
ECHELON	1	2	3	4	5
INSTIT					
P.E.		137€ 46,5€	139€ 47,26€	143€ 48,62€	149€ 51€
P.E. Hors Classe		207€ 70,36€	222€ 75,48€	240€ 81,6€	257€ 87,38€
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€
6	7	8	9	10	11

## 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

Renouvellement de cotisation

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Tél portable :

Email :

Corps :  contractuel  Instit  PE  Psy Grade :  Cl. Norm.  Hors Cl.  Cl. Excep. Echelon :

Fonction :  Adj  Dir  Rempl.  TRS  RASED  SEGPA  ULIS  UPE2A  PEMF  MASTER 1  MASTER 2  Contractuel  AESH  Congé parental/Disponibilité  Retraité

Autre :

Affection à titre :  Définitif  Provisoire Si travail à temps partiel, quotité travaillée  % \*

Etablissement :  maternelle  élémentaire  collège ou lycée  établissement spécialisé

Nom de l'établissement  ville :

\*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.

J'adhère au SNUDI-FO 64 et je règle la somme de  €

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 PRÉLÉVEMENT AUTOMATIQUE

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

par mél à [snudifo64@gmail.com](mailto:snudifo64@gmail.com) ou par courrier à Olivier Soyez, Trésorier SNUDI-FO 64, 329 chemin Hariagaraia 64990 VILLEFRANQUE

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements ordonnés par le SNUDI-FO 64 en règlement de la cotisation syndicale correspondant à ma situation professionnelle ( corps, 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

Etablissement

guichet

N° du compte à débiter

clé RIB

Date :

Signature :



[rib snudifo 64](http://rib.snudifo64.fr)