



NOM Prénom
Nom patronymique Date de naissance/...../.....
Adresse
Complément d'adresse, bâtiment, appartement
CP Ville
Tél Mail
Établissement Ville
Grade : ☐ classe normale ☐ hors classe ☐ classe exceptionnelle Échelon : et année de passage
Temps partiel : % (cotisation au prorata)
Fonction : ☐ Adjoint ☐ Directeur ☐ AESH ☐ TR ☐ TS ☐ PES ☐ PsyEN ☐ Contractuel ☐ Retraité
☐ Autre, situation ou fonction particulière à préciser :

Adhésion à l'année civile : pour une première adhésion, la cotisation se calcule au prorata des mois restants.

Le « Crédit d'impôts » rembourse 66% de la cotisation au contribuable, même non imposable sur le revenu.

Ligne 1 : barème annuel en gras puis (coût annuel réel) après crédit d'impôts - **Ligne 2** : prélèvement mensuel

Échelon	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PE, PsyEN	132€ (45€)	138€ (47€)	144€ (49€)	150€ (51€)	156€ (53€)	162€ (55€)	174€ (59€)	186€ (63€)	198€ (67€)	216€ (73€)
Classe normale	11€/mois	11,5€/mois	12€/mois	12,5€/mois	13€/mois	13,5€/mois	14,5€/mois	15,5€/mois	16,5€/mois	18€/mois
Hors Classe	198€ (67€)	216€ (73€)	234€ (80€)	246€ (84€)	258€ (88€)	264€ (90€)				
	16,5€/mois	18€/mois	19,5€/mois	20,5€/mois	21,5€/mois	22€/mois				
Classe ex.	240€ (82€)	252€ (86€)	282€ (96€)	300€ (102€)	312€ (106€)	330€ (112€)				
	20€/mois	21€/mois	23,5€/mois	25€/mois	26€/mois	27,5€/mois				
AESH	36€ (12€)	Stagiaire		96€ (33€)	Contractuel		90€ (31€)	Retraité		96€ (33€)
quotité < 100%	3€/mois	alternant		8€/mois			7,5€/mois	< 1700€		8€/mois
quotité = 100%	54€ (18€)	Temps plein		102€ (35€)	Congé parental		36€ (12€)	> 1700€		102€ (35€)
	4,5€/mois			8,5€/mois	Disponibilité		3€/mois			8,5€/mois

Ma cotisation s'élève à : €. Elle permet de solliciter l'assistance juridique professionnelle, la caisse de grève et comprend l'adhésion à l'AFOC (Association FO des Consommateurs).

Mode de règlement :

- ☐ Par **prélèvements** (sans frais) : en 1 fois ☐ 4 fois ☐ mensuel ☐ (joindre un **RIB** et remplir le mandat)
- ☐ Par **CB** (sans frais) : <https://www.snudifo31.com/Syndiquez-vous>
- ☐ Par **virement bancaire** : IBAN : FR05 2004 1010 1610 9314 1N03 759 BIC : PSSTFRPPTOU
- ☐ Par **chèque(s)** à l'ordre du SNUDI-FO 31, détail : chèque(s) de €

Date :

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier	
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.	
Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	
CREANCIER : SNUDI Force Ouvrière 31, 93 bd de Suisse 31200 Toulouse	Identifiant créancier SEPA FR91ZZZ621694
Débiteur : NOM, Prénom	
Adresse	
Code postal	Ville
Le/...../.....	A Signature
Ne pas oublier de joindre un RIB	