

BULLETIN D'ADHÉSION NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2026 au SNFOLC27

à compléter et retourner avec la cotisation à : SNFOLC 27 17ter rue de la côte blanche 27000 Évreux

Merci de respecter majuscules et minuscules et ne pas oublier point(s) et tirets "-" ou "_"

Contactez-nous : ☎ 02 32 33 01 11 – ✉ syndicat@snfolc27.fr

VOUS

☐ Monsieur ☐ Madame
NOM D'USAGE
NOM de NAISSANCE
Prénom
Date de naissance/...../.....

VOTRE ADRESSE

N° de voie Type de voie
Nom de la voie
Complément d'adresse
Code postal
Ville.....
Tél fixe
Tél mobile
Mail@.....
Si possible, une adresse personnelle plutôt que votre adresse académique.

☐ J'ai pris connaissance du Règlement Général sur la Protection des Données

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNFOLC27. 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 :

syndicat@snfolc27.fr Je déclare adhérer au SN-FO-LC

Fait à le / / 2026

Signature :

VOTRE CARRIERE

☐ Actif ☐ en Congé ☐ Détaché ☐ en Disponibilité
☐ Retraité ☐ Sans affectation

VOTRE SITUATION

Corps : ☐ agrégé ☐ certifié ☐ CPE ☐ labo ☐ psy-EN

Grade : ☐ classe normale ☐ hors classe ☐ classe exceptionnelle

☐ autre :

☐ Titulaire du poste ☐ TZR ☐ Stagiaire

Échelon : Depuis le / /

☐ Contractuel ☐ enseignant ☐ AESH ☐ AED ☐ AP

☐ 1^{re} catégorie ☐ 2^{de} catégorie Indice :

☐ en CDD ☐ en CDI depuis le

Quotité de service :

Temps partiels : la cotisation prévue par la grille est alors multipliée par le pourcentage **sauf pour les cotisations forfaitaires (grisées)**

VOTRE ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION

☐ Collège ☐ Lycée Nom :

Ville :

Votre discipline :

Résidence administrative (si différente de l'affectation) :

Compléments de service (précisez la quotité de service)

1)

2)



COTISATIONS 2026 (2 MOIS) ↓ PRÉCISEZ VOTRE PAIEMENT (MOYEN ET NOMBRE) ↓

Vous pouvez payer en plusieurs fois **par chèques à l'ordre de SNFOLC 27 (2 maximum)** en indiquant au dos la date de mise en banque) ou **par prélèvement(s)** (MANDAT SEPA au dos) ou **par virement** (contacter la trésorière tresoriere.snfolc27@gmail.com)

Je règle par ☐ chèque(s), nombre : ☐ prélèvement(s), nombre : ou ☐ virement unique

▷ 66% déductibles en crédit d'impôt (remboursés si vous n'êtes pas imposable) ou 100% de la cotisation à intégrer à vos frais si vous déclarez vos frais réels.

Échelon →

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
AGREGÉ		HEA1	HEA2	HEB1	HEB2	HEB3					
Classe Exceptionnelle	60,93	64,60	66,77	69,60	72,27	75,60					
Hors Classe	56,43	59,10	60,93	64,60	66,77	69,60					
Classe Normale	37,43	40,43	41,43	43,10	45,43	47,93	50,43	53,60	56,43	59,10	60,93

CERTIFIÉ, CPE, PEPS, PSYEN

		HEA1	HEA2	HEA3							
Classe Exceptionnelle	52,60	55,10	57,60	60,93	64,60	66,77	69,60				
Hors Classe	46,10	48,60	51,27	53,77	56,77	59,43	60,43				
Classe Normale	33,77	36,93	37,43	38,10	39,10	40,10	41,77	44,10	46,10	48,60	51,27

Les stagiaires payent selon leur échelon dans leur corps

Retraités

40% de la cotisation des actifs

CONTRACTUEL CAT 1	indice	372	393	415	436	458	480	503	528	553	578	603	628	655
	Cotisation >	29,93	31,10	32,27	33,43	34,60	35,77	37,10	38,43	39,77	41,27	42,60	43,93	45,43
CONTRACTUEL CAT 2	indice	348	348	359	377	394	412	430	462	494	526	558	590	625
	Cotisation >	28,60	28,60	29,10	30,10	31,10	32,10	33,10	34,77	36,60	38,43	40,10	41,93	43,77

AED, AESH, AVS (AP ou APS) 36

LABOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ATRF Principal 1ère classe	29,60	29,77	29,77	30,27	30,93	31,60	32,27	32,93	34,10	35,27			
ATRF Principal 2ème classe	29,27	29,43	29,43	29,60	29,77	29,77	29,93	30,27	30,93	31,60	32,10	32,43	
Technicien Classe Exceptionnelle	30,93	31,60	32,43	33,60	34,93	35,93	37,27	38,60	39,60	40,60	41,43		
Technicien Classe Supérieure	29,77	29,93	30,27	30,77	31,43	32,27	33,27	34,27	34,60	35,77	36,93	38,60	
Technicien Classe Normale	29,60	29,77	29,77	29,77	29,93	30,27	31,10	32,27	33,10	33,60	34,43	35,60	36,93



Je choisis de régler mon adhésion **2026**

par prélèvement(s) bancaire(s) automatique(s) avec tacite reconduction* au 1^{er} janvier.

Je complète le mandat de prélèvement ci-dessous et je l'adresse au syndicat

 Joindre obligatoirement un RIB

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNFOLC27 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNFOLC27. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



Référence Unique du Mandat (ne pas remplir)

Votre NOM : PRÉNOM :

1. Titulaire du compte



Nom : Prénom :

N° Rue.....

Code postal Ville.....

2. Compte à débiter : veuillez reporter votre IBAN ci-dessous et le BIC – joignez un RIB

BIC : Adresse bancaire :

3. Créancier

SN FO LC 27 17ter rue de la côte blanche 27 000 Evreux	N° identifiant créancier SEPA FR80ZZZ878166
---	--

Je m'engage à signaler tout changement de situation (domiciliation bancaire, adresse, échelon) au syndicat.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier le montant des avis de prélèvement établis à mon nom, qui seront présentés par le SN**FO**LC27.

 Fait à :  Date : **Signature obligatoire :** 

***Reconduction automatique de l'adhésion au 1^{er} janvier / Résiliation.**

Votre adhésion et vos prélèvements seront automatiquement reconduits par tacite reconduction pour l'année civile suivante à la date d'échéance du 1^{er} janvier, sauf indication contraire de votre part au plus tard un mois avant, par lettre simple ou par mail à tresoriere.snfolc27@gmail.com. 15 jours avant l'expiration de ce délai, un courrier vous sera adressé vous rappelant que vous pouvez résilier ou modifier l'échéancier de prélèvements pour l'année suivante.

Montant total de la cotisation : € - **Nombre de prélèvement(s) souhaités :**



(dates et nombre en fonction du calendrier ci-dessous, **1 ou 2 prélèvements**)

Calendrier de prélèvements année 2026 (à compléter éventuellement)

Autorisation de prélèvement reçue AVANT LE :	20/11/2026	18/12/2026
NOMBRE de prélèvements possibles	2	1
DATE des prélèvements	28/11/2026	23/12/2026
MONTANT des prélèvements		