



Ne restez pas isolé(e). Pour être informé(e) et défendu(e) ! Rejoignez FO

BULLETIN D'ADHÉSION 6 mois au SNFOLC27 JUILLET à DECEMBRE 2025

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 : Tél. 02 32 33 01 11 – Mail : syndicat@snfolc27.fr

<p style="text-align: center;">VOUS</p> <p><input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame</p> <p>NOM D'USAGE</p> <p>NOM de NAISSANCE</p> <p>Prénom</p> <p>Date de naissance/...../.....</p>	<p style="text-align: center;">VOTRE CARRIERE</p> <p><input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> en Congé <input type="checkbox"/> Détaché <input type="checkbox"/> en Disponibilité</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans affectation</p>
<p style="text-align: center;">VOTRE ADRESSE</p> <p>N° de voie Type de voie</p> <p>Nom de la voie</p> <p>Complément d'adresse</p> <p>Code postal</p> <p>Ville</p> <p>Tél fixe</p> <p>Tél mobile</p> <p>Mail@.....</p>	<p style="text-align: center;">VOTRE SITUATION</p> <p><input type="checkbox"/> Titulaire du poste <input type="checkbox"/> TZR <input type="checkbox"/> Stagiaire</p> <p>Corps :</p> <p>Grade : <input type="checkbox"/> classe normale <input type="checkbox"/> hors classe <input type="checkbox"/> classe exceptionnelle</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> autre :</p> <p>Échelon : Depuis le / /</p> <p><input type="checkbox"/> Contractuel <input type="checkbox"/> 1^{ère} catégorie <input type="checkbox"/> 2^{ème} catégorie</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> en CDD <input type="checkbox"/> en CDI depuis le</p> <p>Quotité de service :</p> <p><i>Temps partiels : la cotisation prévue par la grille est alors multipliée par le pourcentage sauf pour les cotisations forfaitaires (grisées)</i></p>
<p><input type="checkbox"/> j'ai pris connaissance du Règlement Général sur la Protection des Données</p> <p><i>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 :</i></p> <p>syndicat@snfolc27.fr Je déclare adhérer au SN-FO-LC</p> <p>Fait à le / / 2025</p> <p>Signature :</p>	<p style="text-align: center;">VOTRE ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION</p> <p><input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée Nom :</p> <p>Ville :</p> <p>Votre discipline :</p> <p>Résidence administrative (si différente de l'affectation) :</p> <p>Compléments de service (précisez la quotité de service)</p> <p>1)</p> <p>2)</p>

COTISATIONS 2025 (6 mois) ↓ PRECISEZ VOTRE PAIEMENT (MOYEN ET NOMBRE) ↓

Vous pouvez payer en plusieurs fois **par chèques à l'ordre de SNFOLC 27** (4 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) ... prélèvement(s) 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	12	13	
AGREGÉ		HEA1	HEA2	HEB1	HEB2	HEB3								
Classe Exceptionnelle	159,21	170,26	176,66	185,31	185,31	192,86								
Hors Classe	145,76	153,66	159,21	170,26	176,66	185,31								
Classe Normale	89,26	98,11	100,86	106,21	113,01	120,21	127,76	137,11	145,76	153,66	159,21			
Bi Admissible			89,66	93,51	98,66	103,06	107,86	115,61	123,31	130,66	135,81			
CERTIFIÉ, CPE, PEPS, PSYEN					HEA1	HEA2	HEA3							
Classe Exceptionnelle	134,36	141,71	149,06	159,21	170,26	176,66	185,31							
Hors Classe	115,06	122,21	130,31	138,06	146,86	154,76	157,56							
Classe Normale	78,26	87,61	88,91	91,31	94,06	97,01	101,96	108,96	115,06	122,21	130,31			
Les stagiaires payent selon leur échelon dans leur corps														
PEGC, CE- EPS														
Classe Exceptionnelle	120,76	130,31	137,11	145,56	153,31									
CONTRACTUEL CAT 1	indice >	372	393	415	436	458	480	503	528	553	578	603	628	655
Cotisation >		66,56	70,01	73,61	77,06	80,66	84,26	88,06	92,16	96,26	100,36	104,46	108,56	112,96
CONTRACTUEL CAT 2	indice >	348	348	359	377	394	412	430	462	494	526	558	590	625
Cotisation >		64,81	65,16	65,31	65,81	65,96	66,26	66,46	67,76	69,66	71,61	72,91	74,21	64,81
AED, AESH, AVS (AP ou APS)		36												
LABOS														
ATRF Principal 1ère classe		65,81	66,11	66,26	67,76	69,86	71,46	73,41	75,81	79,06	82,76			
ATRF Principal 2ème classe		64,81	65,16	65,31	65,81	65,96	66,26	66,46	67,76	69,66	71,61	72,91	74,21	
Technicien Classe Exceptionnelle		69,66	71,61	74,06	77,61	81,46	84,51	88,41	92,61	95,36	98,26	101,16		
Technicien Classe Supérieure		66,26	66,46	67,56	69,36	71,11	73,56	76,76	79,36	80,81	83,91	87,76	92,61	
		65,81	65,96	66,11	66,26	66,46	67,91	70,31	73,41	75,96	77,61	80,16	83,41	87,61

Je choisis de régler mon adhésion **2025**

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 SNFOLC27.

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 :**
(selon le calendrier ci-dessous, 5 prélèvements au maximum)

Calendrier de prélèvements juin-décembre 2025 (à compléter éventuellement)

Autorisation de prélèvement reçue AVANT LE :	20/01/2025	18/02/2025	20/03/2025	20/04/2025	20/05/2025	20/06/2025
NOMBRE de prélèvements possibles	10	10	9	8	7	6
DATE des prélèvements	31/01/2025	28/02/2025	31/03/2025	30/04/2025	28/05/2025	30/06/2025
MONTANT des prélèvements						

Autorisation de prélèvement reçue AVANT LE :	20/07/2025	20/08/2025	20/09/2025	20/10/2025	20/11/2025	15/12/2025
NOMBRE de prélèvements possibles	5	4	3	2	1	
DATE des prélèvements	31/07/2025	29/08/2025	30/09/2025	31/10/2025	28/11/2025	23/12/2025
MONTANT des prélèvements						