

## - Adhésion 2026 -

Bulletin à renvoyer complété à : **SNUDI FO 40 - BP 217 - 40004 Mont de Marsan Cedex**

ou par mail à : [snudifo40@gmail.com](mailto:snudifo40@gmail.com)

**NB En respect du RGPD** (Règlement Général de Protection des Données) : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le SNUDI-FO 40. 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 :

[Site : snudifo40.fr](http://snudifo40.fr)

Pour toute question sur les adhésions : **06 73 23 94 03**

**66% du montant de la cotisation déductible des impôts !**

*Si tu es non imposable, tu recevras un chèque des Finances Publiques (crédit d'impôt).*

### CALCULE LE MONTANT DE TA COTISATION SYNDICALE 2026

ÉCHELONS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Instit.									175 €	184 €	204 €
P.E. / Psy E.N. Classe Normale	86 €	137 €	159 €	164 €	171 €	178 €	190 €	200 €	209 €	226 €	238 €
P.E. / Psy E.N. Hors Classe		226 €	241 €	258 €	273 €	289 €	306 €				
P.E. / Psy E.N. Classe Exceptionnelle	256 €	270 €	284 €	304 €	321 €						
<b>Temps partiel :</b> <i>Calcule ta cotisation au prorata du temps travaillé !</i>											
Autres Situations	A.E.S.H.					45 €	Contractuel			86 €	
	Congé parental / Disponibilité Étudiants M1-M2						Retraité (pension inférieure à 2000€)			105 €	
							Retraité (pension supérieure à 2000€)			120 €	

### COMPLÈTE TON BULLETIN 2026 CI-DESSOUS :

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ...../...../..... **MAIL perso @ :** .....

**fixe :** ..... **portable :** .....

**ADRESSE POSTALE (perso) :** .....

**POSTE :** (ville et nom de l'établissement) : .....

**FONCTIONS** (entourer les mentions utiles) :

- PES - Adjoint - Directeur - TRB - TRS - Poste Fractionné - AESH - Retraité - PEMF - CPC
- RASED E/G - PSY-EN - ULIS - SEGPA - EREA - IME - ITEP - Autre :.....

**CORPS :** Institut - PE Classe Normale - PE Hors Classe - PE Classe Exceptionnelle

**ÉCHELON :** ..... depuis le ...../...../.....

**QUOTITÉ de SERVICE :** ..... %

**MONTANT COTISATION :** ..... €

**Date de l'Adhésion :** ...../...../..... **Signature :** .....

**Choix du Règlement de la Cotisation 2026 :**

**Paiement par chèque(s)** à l'ordre du **SNUDI-FO 40** **Nombres de chèques :** .....

Fractionner le paiement de sa cotisation et faire plusieurs chèques (autant que de mois restants dans l'année civile)

**Paiement par prélèvement automatique SEPA mensuel** (fractionné sur mois restants dans l'année civile)

Compléter et signer l'adhésion au Mandat SEPA ci-dessous + Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) récent

### ADHÉSION AU MANDAT PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire mandat vous autorisez (A) le SNUDI-FO40 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) la banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUDI-FO40. 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.

**Débiteur :**

**NOM Prénom :** .....

- 1) J'autorise le SNUDI-FO 40 à prélever le montant de ma cotisation syndicale annuelle par mandat SEPA. (**JOINDRE UN RIB**)
- 2) Je choisis la date de mon prélèvement mensuel

le 5     le 15

**Créancier :**  
**NOM :** SNUDI-FO 40    **IDENTIFIANT :** 60428831  
**ADRESSE :** Maison des Syndicats – 97 Place Caserne Bosquet – BP217 – 40000 – Mont-de-Marsan – France  
**TYPE PAIEMENT :** Récurrent / Répétitif

**Le** \_\_\_\_\_

**Signature :** .....