

66% du montant de la cotisation déductible des impôts !

Si tu es non imposable, tu recevras un chèque des Finances Publiques. **ATTENTION** : Si tu optes pour les frais réels, tu dois inclure le montant de ta cotisation syndicale dans les frais réels. Par contre, dans ce cas, pas de droit au crédit d'impôt.

CALCULE LE MONTANT DE TA COTISATION SYNDICALE 2026 (Sept. / Oct. / Nov. / Déc. 2026)

ÉCHELONS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Instit.									58 €	61 €	68 €
P.E. / PES / PsyEN. Classe Normale	45 €	47 €	53 €	55 €	57 €	59 €	63 €	67 €	70 €	75 €	79 €
P.E. / Psy. EN. Hors Classe		75 €	80 €	86 €	91 €	102 €					
P.E. Classe Exceptionnelle	85 €	90 €	95 €	101 €	107 €						
Autres Situations	Disponibilité ou Congé parental Etudiants / Stagiaires / PE contractuel / A.E.S.H.					45 €					
	INSTIT. et P.E. Retraité-e-s					45 €					



COMPLÈTE TON BULLETIN 2026 CI-DESSOUS :

NOM : **PRÉNOM :**

Né(e) le : **Adresse Mail personnelle :**

fixe : **portable :**

Adresse personnelle :

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

FONCTIONS (entourer les mentions utiles) :

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

CORPS : Instit - PE Classe Normale - PE Hors Classe - PE Classe Exceptionnelle

ÉCHELON : depuis le ... / ... / ...

QUOTITÉ de SERVICE : %

Montant de la 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 :**
Tout syndiqué peut 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 les 4 mois restants dans l'année civile)

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.

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

Débiteur :

NOM Prénom :

1) J'autorise le SNUDI-FO 40 à prélever le montant de ma cotisation syndicale par mandat SEPA. **(JOINDRE UN RIB)**

2) Je choisis la date de mon prélèvement mensuel

☐ le 5 ☐ le 15 ☐ le 25

Le

Signature :