

LA FORCE DU SYNDICAT,

⇒ **c'est son nombre de syndiqués**

Parce que sa représentativité en dépend, parce que pour agir, il faut des moyens financiers (presse syndicale, affranchissements, déplacements, documentation juridique, etc.). Les ressources du SNUDI-FO 27 ne proviennent **que** des cotisations des adhérents (**aucune publicité commerciale dans les publications du syndicat départemental**), ce qui garantit l'indépendance financière de l'organisation à l'égard de quiconque !

⇒ **c'est son indépendance**

Pour défendre les revendications face à l'Etat, notre employeur, le syndicat ne saurait être lié ni soutenir, même de manière « critique » ou « constructive » un gouvernement ou un parti politique, quel qu'il soit !

SE SYNDIQUER DONNE DES DROITS !

- ⇒ Être informé et **défendu en priorité** en cas de besoin
- ⇒ Le contrôle par les élus du personnel du syndicat du déroulement de carrière (nominations, promotion, etc.)
- ⇒ La définition des orientations du syndicat, la participation aux prises de décisions (Assemblée Générale, élection du conseil syndical...)

SE SYNDIQUER PERMET DE BÉNÉFICIER D'UNE AIDE JURIDIQUE !

- ⇒ Avec votre carte et sans augmentation des cotisations vous bénéficiez d'une aide juridique dans le cadre de vos fonctions. Une économie non négligeable !

COTISATIONS DE BASE

échelon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P.E.	92 €	132 €	137 €	147 €	155 €	165 €	174 €	184 €	198 €	214 €	230 €
coût réel	31,28 €	44,88 €	46,58 €	49,98 €	52,70 €	56,10 €	59,16 €	62,56 €	67,32 €	72,76 €	78,20 €
P.E. Hors Classe		214 €	224 €	237 €	249 €	262 €	265 €	Instits	155 €	165 €	181 €
coût réel		71,40 €	74,80 €	78,88 €	82,96 €	87,38 €	88,40 €	coût réel	52,70 €	56,10 €	61,54 €
PE Classe Except	235 €	244 €	252 €	266 €	1 ^{er} chev. 286 €	2 ^{ème} chev. 301 €	3 ^{ème} chev. 316 €	spécial éch. 332 €			
coût réel	79,90 €	82,96 €	85,68 €	90,44 €	97,24 €	102,34 €	107,44 €		112,88 €		

MAJORATIONS PE	
PE ASH	+ 5€
PEMF ou CPC	+ 10 €
Chargé d'école	+ 2 €
Directeur 2 à 4 classes	+ 6 €
Directeurs 5 à 9 classes	+ 10 €
Directeurs 10 classes et +	+ 15 €

Temps partiel : cotisation au prorata du service effectué (50%, 75% ou 80% de la cotisation)

Conjoint : demi cotisation
(si première cotisation à 100%)

En disponibilité ou en congé parental : 36 €

AESH : 36 € RETRAITÉ : 70 €

Contractuel : 92 € (équivalent à l'échelon 1)



66 % de la cotisation est déductible de votre impôt sur le revenu.

Un **reçu fiscal** à joindre à votre déclaration de revenus 2026 vous sera adressé accompagné de votre carte d'adhérent.

Possibilité de payer par virement unique (RIB et code IBAN envoyé sur simple demande) ou par prélèvement automatique ou par chèques à l'ordre de « SNUDI-FO 27 » (12 chèques maximum de janvier à décembre et prélèvement des chèques aux dates que vous indiquerez au dos, encaissement du dernier chèque obligatoirement avant le 23 décembre de l'année en cours)

À retourner à : SNUDI-FO 27 - 17 ter, rue de la Côte blanche - 27000 ÉVREUX (Trésorier : 06 89 94 13 00)

Cotisation de base + **Majoration** =

Nom : **Prénom :** **date de naissance :**

Corps : Instit. - PE - HC - CE - AESH **Fonction : Adjoint - Directeur - BD - TRS - PEMF - PsyEN - ASH** **précision :**

échelon : **date de passage :** **temps partiel :** %

école - localité (circo) :

Adresse personnelle :

tél personnel (mobile) : **e-m@il personnel :**

Autorisation à cocher afin de respecter les obligations signées par la CNIL

Date et signature : / /

"Je souhaite recevoir du SNUDIFO27 toutes les informations qu'il juge en rapport avec le déroulement de ma carrière, je l'autorise à faire figurer les renseignements ci-joints dans des dossiers informatisés, et ce dans les conditions fixées par la loi n°78/7 du 6 janvier 1978, dont les articles 26 et 27 me donnent droit d'opposition, d'accès et de rectification aux informations nominatives me concernant."

Référence Unique du Mandat (ne pas remplir) FO	MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNUDIFO27 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUDIFO27. 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, - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Je souhaite adhérer au SNUDIFO27 par prélèvement automatique avec **tacite reconduction**.

Je remplis le mandat SEPA et **je joins un RIB**.

Je m'engage à **signaler tout changement de situation** (notamment d'échelon) à mon syndicat.

DÉBITEUR

NOM / Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

--	--	--	--	--

Coordonnées de votre compte (code IBAN) : _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Bank Identification Code) : _____

--	--	--	--	--

Adresse bancaire : _____

CRÉANCIER

Identifiant : **FR1420041010140331631X03580**

Nom : SNUDI FO section Eure

Adresse : 17 ter rue la Côte blanche, 27000 EVREUX

Fait à _____

Le _____ / _____ / 2026 Signature :



NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS : _____

Voici le calendrier de mes prélèvements 2026 (que tu peux remplir) :

autorisation de prélèvement reçue avant le :	20/01/2026	20/02/2026	20/03/2026	20/04/2026	20/05/2026	20/06/2026
nombre de prélèvements (possibles)	12	11	10	9	8	7
prélèvement le :	27/01/2026	27/02/2026	27/03/2026	27/04/2026	27/05/2026	27/06/2026
Montants des prélèvements :						

autorisation de prélèvement reçue avant le :	20/07/2026	20/08/2026	20/09/2026	20/10/2026	20/11/2026	20/12/2026
nombre de prélèvements (possibles)	6	5	4	3	2	1
prélèvement le :	27/07/2026	27/08/2026	27/09/2026	27/10/2026	27/11/2026	27/12/2026
Montants des prélèvements :						