



SNUDI FO 63

38 rue RAYNAUD

63 000 CLERMONT FERRAND

@ : fo.snudi63@gmail.com

Nicolas DUQUERROY : 06.88.75.67.15

Cécile RABY : 06.73.76.35.02

Laure PERRIER : 06.84.14.19.69

Catherine GEOFFRAY (Retraites) : 06.82.19.80.19

Nicolas TACHIN : 06.61.76.56.41

Gaëlle GENDRY : 06.26.90.37.18

Sarah HAYON : 06.34.12.57.24

Lisa MOUTON : 06.37.47.95.40

Jérémy MADELEINE : 06.78.78.41.07

Noémie VERNY : 06.10.26.62.13

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance (facultatif) : ____ / ____ / ____

Ecole : _____

Adresse personnelle : _____

Tél. personnel : _____

Mail personnel : _____

déclare adhérer au SNUDI FO du Puy-de-Dôme pour l'année civile 2026.

Renouvellement ☐

Nouvelle adhésion ☐

Date : ----/----/----

Signature : _____

CORPS / GRADE : Instituteur ☐ PE Classe normale ☐ PE Hors Classe ☐ PE Classe Exceptionnelle ☐

FONCTION : Adjoint ☐ Directeur ☐ TR ☐ Psychologue EN ☐ Spécialisé (ULIS, RASED...) ☐

ECHELON : depuis le ____ / ____ / ____

QUOTITE : 100 % 80 % 75 % 50 %

PES ☐

CONTRACTUEL ☐

Disponibilité/Congé parental ☐

Retraité ☐

Par le paiement de la cotisation, vous adhérez à un syndicat national (**SNUDI FO**) et à une fédération nationale qui regroupe tous les personnels de l'enseignement (**FNEC FP-FO**).

Vous adhérez aussi à une Union Départementale FO (**UD FO-63**) qui regroupe tous les salariés du département, à une confédération, la **CGT-FO** et à une association de consommateurs, l'**AFOC**.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNUDI FO 63. 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 : fo.snudi63@gmail.com.

TARIFS 2026

La cotisation syndicale ouvre droit à 66 % de crédit d'impôt, que vous soyez imposables ou non imposables.

ATTENTION ! Le SNUDI-FO 63 organise la collecte des cotisations à l'année civile.

Cotisations mensuelles : Professeur des écoles / Instituteur / Psy EN

Tarif de la carte annuelle : **27 €** - Tarif des timbres mensuels (selon le grade et l'échelon - se reporter au tableau)

Echelons	1	2, 3 et 4			5	6	7	8	9	10	11
INSTITUTEUR											
Instituteur								12	12,80	13,60	
CLASSE NORMALE											
Adjoint / Directeur < 4 classes / Psy EN		11,30			12,10	12,70	13,40	14,20	15,35	16,40	17,50
Spécialisé / Directeur 4 / 9 classes		12,10			12,90	13,50	14,20	15	16,15	17,20	18,30
Directeur 10 classes et +		13,80			14,60	15,20	15,90	16,70	17,85	18,90	20
HORS CLASSE											
Adjoint / Directeur < 4 classes / Psy EN	15,35	16,40	17,50	18,50	19,55	20,30	21,20				
Spécialisé / Directeur 4 / 9 classes	16,15	17,20	18,30	19,30	20,35	21,10	22				
Directeur 10 classes et +	17,85	18,90	20	21	22,05	22,80	23,50				
CLASSE EXCEPTIONNELLE											
Echelons	1	2	3	4	5	<div>Les collègues s'acquittent du nombre de timbres correspondant à leur quotité de service : voir ci-dessous</div>					
Adjoint / Directeur < 4 classes / Psy EN	17,50	18,50	19,55	20,30	21,30						
Spécialisé / Directeur 4 / 9 classes	18,30	19,30	20,35	21,10	22,10						
Directeur 10 classes et +	20	21	22,05	22,80	23,80						

Les collègues s'acquittent du nombre de timbres correspondant à leur quotité de service : voir ci-dessous

100 % : 12 timbres à€ + prix de la carte : 27 € =€

80 % : 10 timbres à€ + prix de la carte : 27 € =€

75 % : 9 timbres à€ + prix de la carte : 27 € =€

50 % : 6 timbres à€ + prix de la carte : 27 € =€

Autre : timbre(s) mensuel(s) à€ + prix de la carte : 27 € =€

Cotisations annuelles

Disponibilité / Congé parental	62 € (coût réel : 21,08 €)
Contractuels / Retraités	102 € (coût réel : 34,68 €)
PES	112 € (coût réel : 38,08 €)

○ chèque(s) à l'ordre du **SNUDI FO 63** (indiquer au dos des chèques les mois souhaités pour l'encaissement)

○ **Virement : uniquement en 1 fois (RIB ci-contre)**

○ **Prélèvement automatique : remplir et signer le mandat SEPA ci-contre, joindre un RIB et cocher la fréquence de prélèvement souhaitée :**

en 1 fois ☐

en plusieurs fois ☐

(Attention ! Le montant de la cotisation doit être payé dans son intégralité avant le 31/12/2026)

Référence Unique du Mandat FO	MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNUDIFO63 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUDIFO63. 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.	SNUDI63 FO
--	---	-----------------------------

Je souhaite adhérer au SNUDIFO63.

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

CRÉANCIER

Identifiant : FR45ZZZ86576E

Nom : SNUDI FO 63

Adresse : 38 Rue Raynaud, 63 000 CLERMONT-FERRAND - FRANCE

DÉBITEUR

NOM / Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

Coordonnées de votre compte (code IBAN) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC (Bank Identification Code) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adresse bancaire : _____

POUR UN PRELEVEMENT RECURRENT

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature :



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	11621	00020055002	79	EUR

Domiciliation
CREDIT MUTUEL LAFAYETTE & ENSEIG

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)
FR76 1027 8116 2100 0200 5500 279

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation

CREDIT MUTUEL LAFAYETTE & ENSEIG
59 B BOULEVARD LAFAYETTE
63000 CLERMONT FERRAND

04 73 91 28 40

Titulaire du compte (Account Owner)

SNUDI FORCE OUVRIERE PUY DE DOME
38 RUE RAYNAUD
63000 CLERMONT FERRAND

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ