



UNION REGIONALE
DES SYNDICATS
DE L'EDUCATION
NATIONALE C.G.T.

FEDERATION DE
L'EDUCATION, DE LA
RECHERCHE ET DE
LA CULTURE

URSEN - CGT
2, rue du Parc
71100 CHALONS

Tél: 03.85.46.09.07
Fax: 03.85.43.69.72

Dijon, le 9 novembre 2016

Cher(e) collègue,

Bienvenue à la C.G.T.

Merci de me retourner la **fiche de renseignements ci-jointe en complétant toutes les rubriques.**

Tu trouveras ci-joint le **Barème de cotisations mensuelles ainsi que les principales adresses utiles du syndicat.**

La cotisation par Prélèvement Automatique (PAC) **est très pratique** pour notre gestion comptable ; c'est pourquoi **je te demande de remplir l'imprimé correspondant ci-joint** et de **nous adresser un Rib.**

Pour valider ton adhésion, nous te demandons de **régler par chèque tes deux premiers mois de cotisation (le PAC se mettant en place dans 2 mois) :**

2 fois la cotisation mensuelle à l'ordre du SDEN CGT ..Educ'Action 21

C'est le **trésorier de chaque section ou du département qui collecte les cotisations et qui te fera parvenir les timbres mensuels comme justificatif** de paiement (déductible en partie de ton revenu imposable). C'est lui aussi qui t'abonnera à nos frais pour 3 mois à la NVO hebdomadaire de la CGT.

Tu recevras régulièrement les **publications C.G.T. Educ'Action.**

En retour de la fiche de renseignements et de ta première cotisation, nous t'adresserons une documentation plus complète.

Bien fraternellement,

Mathilde COLAS-MIZON

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Colas-Mizon'.

et

(Co-Secrétaires départementaux)

Julien RAILLARD

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Raillard'.

FICHE INDIVIDUELLE



URSEN CGT
2, rue du parc
71100 CHALON /Saône

CGT EDUC'ACTION : (Département d'exercice)

Données personnelles

NOM, Prénom :
 Date de naissance : Sexe :
 Adresse personnelle :

 Code Postal : Ville :
 Tel : Domicile Portable
 E-mail :

Affectation administrative actuelle

N° d'identification de l'établissement, de l'école ou du centre IUFM :

Type	Nom	Adresse	Code postal et ville

Situation professionnelle

Titulaire <input type="checkbox"/>	Stagiaire <input type="checkbox"/>	Non-titulaire		
TZR en poste <input type="checkbox"/> TZR en rempl. <input type="checkbox"/>		Vacataire <input type="checkbox"/>	Maître Auxiliaire <input type="checkbox"/>	Contractuel <input type="checkbox"/>
Temps d'emploi :		CAE-CUI <input type="checkbox"/>	Assist. Péda. <input type="checkbox"/>	Assist. d'éduc. <input type="checkbox"/>

Enseignant

Agrégé <input type="checkbox"/>	Discipline :	Autres :	Personnel de direction <input type="checkbox"/>	Chef des travaux <input type="checkbox"/>
Certifié <input type="checkbox"/>		P. EPS <input type="checkbox"/>	CPE <input type="checkbox"/>	Assistant PTCT <input type="checkbox"/>
P.L.P. <input type="checkbox"/>		CE EPS <input type="checkbox"/>	MI-SE <input type="checkbox"/>	Documentaliste <input type="checkbox"/>
Instituteur <input type="checkbox"/>	Prof. des Ecoles <input type="checkbox"/>			

Administratif, Technicien, Santé, Social

Adj. Adm. <input type="checkbox"/>	SASU <input type="checkbox"/>	Attaché SASU <input type="checkbox"/>	CASU <input type="checkbox"/>	Intendant Univ <input type="checkbox"/>
Médecin <input type="checkbox"/>	Infirmier <input type="checkbox"/>	Tech. Labo. <input type="checkbox"/>	Adj. Tech. Labo <input type="checkbox"/>	Assist. Serv. Social <input type="checkbox"/>

Situation Syndicale et Administrative

Classe : normale – H. Cl	Date d'adhésion :
Échelon :	Date d'entrée dans l'Éducation Nationale :
Date de promotion :	Formation syndicale :
Type de promotion Ancienneté <input type="checkbox"/>	➤ As tu bénéficié(e) d'une formation syndicale ?
Choix <input type="checkbox"/> G. choix <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui laquelle ? :
Note administrative : /40	➤ Es tu intéressé(e) par une formation syndicale ?
Note pédagogique : /60	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui sur quel sujet ? :

Je souscris au Prélèvement Automatique de Cotisation : Oui Non (rayer la mention inutile)

Cette fiche individuelle doit être remplie le plus précisément possible! Elle permettra de t'identifier comme adhérent, de connaître ta situation professionnelle, de te faire parvenir **la presse départementale, régionale et nationale** et les courriers spécifiques ayant trait à ta situation professionnelle et à ta carrière.

Les informations recueillies ne sont destinées qu'au fichier syndical. Elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

MANDAT de Prélèvement SEPA



Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la CGT EDUC'ACTION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CGT EDUC'ACTION.

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.

Veillez compléter les champs marqués *

Votre Nom *
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *
Numéro et nom de la rue
* *
Code Postal Ville
*
Pays

Les coordonnées *
de votre compte Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

*
Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Nom du créancier **CGT EDUC'ACTION 21**

Nom du créancier

I.C.S **FR24 ZZZ 143332**

Identifiant Créancier SEPA

Bourse du travail 17 rue du transvaal.....
Numéro et nom de la rue

21000 * Dijon
Code Postal Ville

FRANCE
Pays

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à *
Lieu Date JJ MM AAAA

Signature(s) : * Veuillez signer ici
.....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son adhérent-e. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par l'adhérent-e, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Agrafer le RIB/IBAN