

Dossier de syndicalisation



NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse personnelle :	
Code postal :	
Ville :	
Tel domicile :	
Tel portable :	
Courriel :	

Affectation administrative actuelle :

TYPE	NOM	VILLE

Situation administrative et professionnelle :

<input type="checkbox"/> TITULAIRE	<input type="checkbox"/> STAGIAIRE	NON TITULAIRE		
<input type="checkbox"/> TZR EN POSTE	<input type="checkbox"/> 18H	<input type="checkbox"/> CONTRACTUEL	<input type="checkbox"/> AED	<input type="checkbox"/> AESH CDD
<input type="checkbox"/> TZR EN REMPLACEMENT	<input type="checkbox"/> 9H	<input type="checkbox"/> VACATAIRE		<input type="checkbox"/> AESH CDI

CORPS	<input type="checkbox"/> CERTIFIÉ.E <input type="checkbox"/> AGRÉGÉ.E <input type="checkbox"/> PLP <input type="checkbox"/> PEGC DISCIPLINE : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> PROF DES ÉCOLES <input type="checkbox"/> INSTIT. <input type="checkbox"/> P. EPS <input type="checkbox"/> CE EPS <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Psy EN
	<input type="checkbox"/> PERS. DIRECTION <input type="checkbox"/> CHEF DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> CHAIRE Sup
GRADE	<input type="checkbox"/> CLASSE NORMALE <input type="checkbox"/> HORS CLASSE <input type="checkbox"/> CLASSE EXCEPTIONNELLE

<input type="checkbox"/> ADJAENES TRF	<input type="checkbox"/> SAENES TRF	<input type="checkbox"/> SERV. SOCIAL	<input type="checkbox"/> INFIRM. Cat A	<input type="checkbox"/> ADAENES
<input type="checkbox"/> 2e Classe <input type="checkbox"/> 1ere Classe <input type="checkbox"/> Principal 2e Classe <input type="checkbox"/> Principal 1ere Classe	<input type="checkbox"/> Classe Normale <input type="checkbox"/> Classe Sup. <input type="checkbox"/> Classe Excep.	<input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Assistant Princ <input type="checkbox"/> Cons. Tech.	<input type="checkbox"/> Cl. Normale <input type="checkbox"/> Cl. Supérieure <input type="checkbox"/> Hors-Classe	<input type="checkbox"/> Attaché adm. <input type="checkbox"/> Attaché principal <input type="checkbox"/> Attaché Hors Class
<input type="checkbox"/> ITRF	<input type="checkbox"/> ASSIST. INGÉNIEUR	<input type="checkbox"/> INGÉNIEUR RECH.	<input type="checkbox"/> INGÉNIEUR ÉTUDES	
<input type="checkbox"/> Classe Normale <input type="checkbox"/> Classe Supérieure <input type="checkbox"/> Classe Exceptionnelle		<input type="checkbox"/> 2e Classe <input type="checkbox"/> 1ere Classe <input type="checkbox"/> Hors-Classe	<input type="checkbox"/> Classe Normale <input type="checkbox"/> Hors-Classe	

ÉCHELON	DATE DE PROMOTION	TEMPS D'EMPLOI	DATE D'ENTRÉE DANS L'ÉDUCATION NATIONALE

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.

Mandat de Prélèvement SEPA

+	+	F	R	2	4	Z	Z	Z	1	4	3	3	3	2	-																										
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **CGT EDUC ACTION 71** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **CGT EDUC ACTION 71**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Votre nom M
 Votre adresse

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Ville	Pays
.....		

Les coordonnées de votre compte

<input type="text"/>
Bic	Pays
<input type="text"/>
Iban

Nom du créancier **CGT EDUC ACTION 71**
 Identifiant du créancier **FR24ZZZ143332**
 Adresse du créancier **MAISON DES SYNDICATS 2 RUE DU PARC**

<input type="text"/>	CHALON SUR SAONE
Code postal	Ville

Type de paiement **Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel**

 Signé à / /2014
Lieu Date

Signature(s) :

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
.....
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre **CGT EDUC ACTION 71** et un tiers (par exemple, vous payez le facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné
numéro d'identification du contrat

Description du contrat

A retourner à :

CGT EDUC ACTION 71

 MAISON DES SYNDICATS
 2 RUE DU PARC
 71100CHALON SUR SAONE

Zone reservee au créancier