



Syndicat National **FORCE OUVRIERE** des Lycées et Collèges de Vaucluse  
20 avenue Monclar – BP 80010 – 84004 AVIGNON CEDEX 1  
snfolc84@yahoo.fr <https://www.snfolc84.fr/>  
07.50.86.56.72 04.90.16.02.02

**RÉSERVÉ AU TRÉSORIER**

Montant : €  
Timbres : ☐ UCR  
☐ P ☐ C ☐ E

## Adhésion 2026

Date : .....

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél (Fixe) : ..... (Port) : .....

Adresse mail : .....@.....

Position : ☐ Actif ☐ Disponibilité ☐ Retraité ☐ Autre : .....

Situation : ☐ Titulaire ☐ TZR ☐ Stagiaire ☐ Contractuel

Quotité : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel : ..... %

Corps : ..... Grade : .....

Échelon : ..... Date d'entrée dans l'échelon : .....

Nombre d'établissements : .....

Établissement 1 : .....

Établissement 2 : .....

Établissement 3 : .....

Rattachement (TZR) : .....

Discipline : .....

Moyen de paiement : ☐ Chèque(s), nombre : ..... ☐ Prélèvement(s), nombre : .....

**En cas de paiement par prélèvements, merci de fournir un RIB et de remplir le mandat au verso.**

Signature

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le SNFOLC de Vaucluse. 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 : snfolc84@yahoo.fr

Échelon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Professeur chaires supérieures	244	257	274	290	301	323	352						
Agrégés CE*	301	323	352										
Agrégés HC*	274	290	301	323									
Agrégés CN*	154	170	178	188	204	221	239	257	274	290	301		
Certifiés, CPE, P.EPS, Psy CE*	252	266	281	301	323								
Certifiés, CPE, P.EPS, Psy HC*	208	223	242	259	276	292	298						
Certifiés, CPE, P.EPS, Psy CN*	127	146	149	158	163	168	180	196	208	225	244		
PEGC, CE.EPS CE*	222	244	259	276	292	298							
PEGC, CE.EPS HC*	159	168	180	190	222	242							
PEGC, CE.EPS CN*	106	112	120	126	134	141	147	160	168	180	191		
Contractuels catégorie I	120	127	136	143	155	162	170	182	190	202	211	223	235
Contractuels catégorie II	106	108	116	122	127	135	141	156	167	181	195	206	221
TRF CE*	128	134	139	146	159	166	176	185	194	200	207		
TRF HC*	116	118	121	124	127	133	138	145	155	158	164	175	185
TRF CN*	110	112	116	118	121	124	129	138	143	146	156	163	175
ATRF Principal 1 <sup>ère</sup> classe	114	117	120	124	128	134	138	143	154	159			
ATRF Principal 2 <sup>ème</sup> classe	106	106	107	108	111	115	119	124	127	133	136		
ATRF	106	106	106	106	107	107	109	110	111	116	120		
AESH	50												
AED	50												

\*CE : Classe Exceptionnelle HC : Hors classe CN : Classe Normale

Dans le cas où votre situation n'apparaît pas dans cette grille, merci de contacter le trésorier du syndicat : [tresoriersnfolc84@gmail.com](mailto:tresoriersnfolc84@gmail.com)

Pour les temps partiels, la cotisation est au prorata du temps travaillé.  
Pour les retraités : 40% de la cotisation.

### Impôts

66% de la cotisation déductible des impôts (reversé si non imposable)

Exemple : Pour une cotisation de 180€, le coût réel est de 60€, soit 5€ par mois.

### Avantages liés à ma carte

- Adhésion à l'AFOC (Association Force Ouvrière des Consommateurs)
- Assurance « Protection juridique vie professionnelle »

### Mandat de prélèvement SEPA

Merci de joindre un RIB

Identification du débiteur :  
Prénom NOM :  
Adresse :

Code postal - VILLE :  
IBAN :  
BIC :

Identification du créancier :  
SNFOLC 84  
20, avenue Monclar  
84 000 Avignon  
N° ICS : **FR80ZZZ854BE4**

#### Paieement récurrent

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Le SNFOLC84 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNFOLC84. 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.*

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

#### Signature

Le .....  
A .....

Ne rien écrire sous ce trait

Référence Unique de Mandat :