



S nec-CFTC BULLETIN D'ADHÉSION 2026

à retourner complété à : Romain Martignoles ou Didier Xuereb

En remplissant ce bulletin d'adhésion, vous acceptez que le **S nec-CFTC et la CFTC** mémorisent et utilisent vos données personnelles collectées dans ce bulletin, uniquement dans le cadre des activités syndicales du S nec-CFTC : l'information et la formation, l'action syndicale, la consultation, la gestion des cotisations. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles le S nec-CFTC et la CFTC s'engagent à ne pas divulguer, ne pas transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'ils soient ou à des fins commerciales, **conformément au Règlement Général de Protection des données de 2018**. Vous pouvez à tout moment nous demander de rectifier ou de supprimer certaines de vos données de notre base I NARIC (fichier informatique CFTC).

Madame Monsieur Nom : **Nom :** Prénom :

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

N° appartement ou étage – tour – résidence :

Numéro type et voie :

Code postal : **Localité :**

Téléphone portable : **Téléphone fixe :**

Courriel : @

Je souhaite recevoir : Les Lettres numériques : Premier degré Second degré Salariés Agricole

Établissement : Nom :

Code postal : Ville :

- École Précisez : contrat d'association Contrat simple
 Collège LEG LT LP OAA Enseignement Agricole
 Enseignement Supérieur (classe à préciser STS, CPGE, etc.) : Autres :

Fonction syndicale : Élu CSE Délégué syndical Correspondant RSS

Personnel salarié de droit privé, préciser : Strate : Fonction :

- Vie scolaire : Services support : (secrétariat, entretien, restauration...)
 Employé Agent de maîtrise Cadre

Chef d'établissement : 1^{er} degré 2^e degré

Enseignant 1er degré : ASH Instituteur Prof. des écoles (CN HC CE)
 MD1 MD2 (Maître Délégué en CDD MD en CDI Contrat définitif)

Enseignant 2nd degré : **Préciser discipline :**

- AGREGÉ CERTIFIÉ PEPS PLP (Classe normale Hors classe Classe Exceptionnelle) AE
 MD1 MD2 (MD en CDD MD en CDI)

AESH

Enseignant agricole :

- Enseignant : Préciser discipline :
 Salarié : Préciser (PAT PVS Autre :)

Retraité

Je déclare adhérer au **Syndicat National de l'Enseignement Chrétien**, avoir pris connaissance des règles de sécurité des données personnelles (RGPD) et règle ma cotisation de € calculée en fonction de mes ressources.

Mode de règlement :

- Par chèque à l'ordre de S nec-CFTC (max 4 chèques)
 En ligne (lien envoyé par mail ou sur le site S nec-CFTC)
 Par prélèvement (Joindre le mandat de prélèvement et un RIB cf au dos)

A le

Signature

☺ Chaque adhérent bénéficie d'un crédit d'impôt* égal à 66 % de sa cotisation syndicale ☺
dans la limite de 1 % du revenu brut (<http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/1605-PGP>)

*Sauf en cas de frais réels où il faut intégrer le montant de votre cotisation dans le calcul des frais réels.

Pour calculer le montant de votre cotisation 2026, vous prenez :

votre Salaire Mensuel Net* avant impôt X 0,07**

*voir ligne 011100 sur le bulletin de salaire

(Merci d'arrondir sans les centimes)

Exemple : si votre salaire net avant impôt est de 2 400 €, votre cotisation sera de 168 €

(Pour une cotisation de 168 €, vous bénéficiez d'un crédit d'impôt de 66% = 111 €, la cotisation après déduction fiscale sera de 57 € à l'année, soit 4.75 € / mois pour bénéficier de nos services)

** sauf pour : AESH, disponibilité, MD, salarié strate I à strate II 9 degrés : SMN avant impôt x 0,04

Stagiaire : 80 € , Retraité : 70 €,

couple-famille (parents/enfants – fratrie) : SMN avant impôt x 0,07 – 20% sur chacune des cotisations

| NOM ET ADRESSE DU CREANCIER | MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA |
|--|----------------------------|
| SNEC SYND NATION ENSEIGN CHRET 14 RUE SCANDICCI 93500 PANTIN | ICS : FR08ZZZ457124 |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SNEC SYND NATION ENSEIGN CHRET à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SNEC SYND NATION ENSEIGN CHRET. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence Unique du Mandat :

| RAISON SOCIALE / NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR | DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER |
|---|---|
| | -----IBAN----- Numéro d'identification international du compte bancaire -----BIC----- Code international d'identification bancaire |

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Fait à :

Signature :

Le :

Personne à contacter pour modifier ou révoquer un mandat de prélèvement (modification des coordonnées bancaires, réclamation) :

Raison sociale du créancier : Nom du contact :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

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 client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.