

# **FORMULAIRE 2013/2014 - d'ADHESION ☐** **de RENOUVELLEMENT ☐ - de MODIFICATION ☐**

|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
| <b>M. / Mme</b>                                                             | <b>Nom Patronymique</b>             | <b>Prénom</b>             | <b>Nom d'Usage (si différent)</b>             | <b>Année de Naiss.</b> |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
| Adresse à laquelle vous désirez recevoir le mensuel et toute correspondance |                                     |                           |                                               |                        |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
| <b>Code postal</b>                                                          | <b>Ville et bureau distributeur</b> |                           |                                               |                        |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
| <b>Téléphone personnel</b>                                                  | <b>Téléphone professionnel</b>      | <b>Téléphone portable</b> |                                               |                        |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
| Etablissement (Université, Ecole indépendante...)                           |                                     |                           | Composante (UFR, IUT, IUFM, Ecole interne...) |                        |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
| Département dans la composante                                              |                                     |                           | Site Ville d'exercice                         |                        |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |
| Votre Section Syndicale                                                     |                                     |                           |                                               |                        |
|                                                                             |                                     |                           |                                               |                        |

**TRES IMPORTANT : adresse électronique unique professionnelle ou personnelle (une seule adresse pour recevoir les courriers électroniques du SNESUP)**

**POUR ETRE BIEN DEFENDU(E) REMPLIR COMPLETEMENT LA FICHE SYNDICALE**

| Votre Catégorie                    |                          | Votre Situation Administrative     |                          | Votre Secteur Disciplinaire        |                          |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Professeur                         | <input type="checkbox"/> | Titulaire                          | <input type="checkbox"/> | Sciences et Technologies           | <input type="checkbox"/> |
| Maître de Conférences              | <input type="checkbox"/> | Stagiaire                          | <input type="checkbox"/> | Lettres et Langues                 | <input type="checkbox"/> |
| Assistant                          | <input type="checkbox"/> | Associé                            | <input type="checkbox"/> | Sciences Humaines et Sociales      | <input type="checkbox"/> |
| Ater                               | <input type="checkbox"/> | Coopérant                          | <input type="checkbox"/> | Droit                              | <input type="checkbox"/> |
| Doctorant Contractuel              | <input type="checkbox"/> | Retraité                           | <input type="checkbox"/> | Sciences Eco/Gestion               | <input type="checkbox"/> |
| Agrégé                             | <input type="checkbox"/> | Détaché d'un autre corps           | <input type="checkbox"/> | STAPS                              | <input type="checkbox"/> |
| Certifié                           | <input type="checkbox"/> | Contractuel                        | <input type="checkbox"/> | Pharmacie                          | <input type="checkbox"/> |
| Professeur ENSAM                   | <input type="checkbox"/> | Ch. d'Enseignement-Vacataire       | <input type="checkbox"/> | Médecine                           | <input type="checkbox"/> |
| Vacataire                          | <input type="checkbox"/> |                                    |                          | Odontologie                        | <input type="checkbox"/> |
| Lecteur                            | <input type="checkbox"/> |                                    |                          |                                    |                          |
| Maître de langue                   | <input type="checkbox"/> |                                    |                          |                                    |                          |
| <b>Autre, en ce cas précisez :</b> |                          | <b>Autre, en ce cas précisez :</b> |                          | <b>Autre, en ce cas précisez :</b> |                          |
|                                    |                          |                                    |                          |                                    |                          |

|                                                                                                  |                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Votre Classe _____<br>Votre Echelon _____<br>Votre Indice n. m. _____<br>Votre Section CNU _____ | Discipline 2nd (Agrégé-Certifié) _____<br>Responsabilités Administratives _____<br>Votre Section au CoNRS _____<br>Autre, en ce cas précisez : _____ |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**Je règle ma cotisation : ☐ Soit par chèque bancaire ou postal, joint impérativement au présent formulaire.**  
**☐ Soit par prélèvement automatique : en ce cas, remplir le formulaire de P.A.**

**Observations éventuelles :**

DATE ET SIGNATURE

Les informations recueillies dans le présent questionnaire ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès dans les conditions prévues par la loi n°78-11 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978.

**Syndicat National de l'Enseignement Supérieur – FSU**

**78, rue du Faubourg Saint-Denis – 75010 PARIS**

e-mail : [tresorerie@snesup.fr](mailto:tresorerie@snesup.fr)

Tél. : 01.44.79.96.10 – Fax. : 01.42.46.26.56