Fiche : d'adhésion ☐
de réactualisation ☐

CGT Éduc'action 56
82, Bd Cosmao Dumanoir
56 100 Lorient

COORDONNEES

NOM (Mme/M) ..... Nom patronymique .....
Prénom .....Date de naissance : ..... / ..... / .....
N° rue.....
Code postal ..... Commune .....
Tél ..... Portable .....
Mail *par souci de discrétion, pas de mail ac-rennes !* .....

LIEU DE TRAVAIL

Résidence administrative (Lieu d'affectation)

Immatriculation *(facultatif)* ☐☐☐☐☐☐☐☐
Type : .....
Nom : .....
N° rue .....
Code postal ..... Commune .....

Lieu d'exercice (si différent)

Immatriculation *(facultatif)* ☐☐☐☐☐☐☐☐
Type : .....
Nom : .....
N° rue .....
Code postal ..... Commune .....

SITUATION ADMINISTRATIVE

Date d'entrée dans l'Éducation Nationale ..... / ..... / ..... échelon ..... et/ou indice .....
Actif ☐ Retraité ☐
Temps de service : plein ☐ partiel ☐ Quotité de service .....

Titulaire ☐ classe normale ☐ Hors classe ☐ Classe exceptionnelle ☐
TZR ☐ 1ère classe ☐ 2ème classe ☐ Classe supérieure ☐
Stagiaire ☐

Non-titulaire : Contractuel ☐ Vacataire ☐ CAE/CUI ☐ assistant d'éduc ☐ assistant péda ☐ autre .....

Enseignant ou Personnel de direction :
PE/instit ☐ certifié ☐ agrégé ☐ PEPS ☐ CPE ☐ PLP ☐ PerDIR ☐ autre .....
Discipline enseignée.....
Administratif, technicien, santé, social :
ADJAENES ☐ SAENES ☐ AAENES ☐ Conseiller Techn Serv Soc ☐ Assist Serv Social ☐ Médecin ☐
Infirmier ☐ Technicien labo ☐ Adjoint technique labo ☐

FORMATION SYNDICALE

Êtes-vous intéressé.e ? OUI ☐ NON ☐ *Rappel : chaque salarié a droit à 12 jours par an de congé de formation syndicale.*

Date d'adhésion à la CGT ..... / ..... / .....

Commentaires éventuels

À ..... le ..... / ..... / .....
Signature

Ces informations restent confidentielles.
Elles sont indispensables
pour vous joindre et vous défendre.

MANDAT de Prélèvement SEPA

CGT Éduc'action 56

Référence Unique de Mandat (RUM)

Comment remplir le RUM ?
cases 1 et 2 : N° académie
cases 3 et 4 : n° de département
cases 5, 6, 7 et 8 : année en cours
cases 9 et 10 : mois en cours
cases 11, 12 et 13 : trois premières lettres du nom
cases 14, 15 et 16 : trois premières lettres du prénom

Trésorier.ère :

…....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CGT éduc'action35 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de …..... (trésorier.ère)
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.

*Veuillez compléter les champs marqués * mention obligatoire*

Nom – prénoms * ….....
Nom/prénoms du débiteur

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)

Joindre obligatoirement un relevé international d'identification bancaire (IBAN)

et l'envoyer avec cet imprimé au créancier dont les coordonnées sont ci-après.

Le créancier : **SDEN CGT MORBIHAN**

représentée par …..... (trésorier.ère)

82, Bd Cosmao Dumanoir
56 100 Lorient

IBAN : FR7610278061370007034704194

Type de paiement : *cocher la case correspondante*

Paiement mensuel ☐

Paiement ponctuel ☐

* Date : …..... / …..... / …..

* Signature :