



## FORMULAIRE D'ADHÉSION



Mme M. **Nom de naissance :**

**Prénom :** **Nom d'usage :**

**Date de naissance :** **Lieu de naissance :**  
(jj/mm/aaaa)

**Adresse courriel :**

**Code adhérent :**  
(uniquement dans le cas d'une réadhésion)

**Adresse de contact** (envoi du journal, etc.)

**Code postal :** **Ville :** **Pays :**

**Téléphone :**

**Lieu d'affectation** **Académie :**

**Établissement :**

**Composantes ou service** (IAT, SCD, IUT, INSPE, etc.) :

EPST

CNRS	INSERM	INRAE	INRIA	INED	IFSTTAR	IRD
Délégation régionale		Code unité ou laboratoire			Autres	

**Indiquez votre statut :** (ITRF, ITA, BIB, PO, contractuel, autres)

**Corps :** **Grade :** **Échelon :** **Indice IM :**

Si ITRF ou ITA, indiquez votre BAP et emploi-type :

**En activité :** **Retraité :** **Temps partiel :** % **Montant de la cotisation :** €  
*Se reporter à la grille de cotisation sur [cotisation.snptes.fr](http://cotisation.snptes.fr)*

**Prélèvement automatique par tacite reconduction** **Chèque** **Nombre de chèques**  
**Oui Non Banque**

L'ensemble de ces renseignements nous permettra de vous défendre efficacement, d'assurer le suivi de votre carrière et de vous adresser nos informations avec davantage de précision.

J'autorise le SNPTES à faire figurer des informations dans ses fichiers et ses traitements manuels et automatisés dans les conditions fixées par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

**Date :**

**Signature :**