

ADHÉSION
RENOUVELLEMENT
MODIFICATION

M. / Mme	Nom Patronymique	Prénom
----------	------------------	--------

Nom d'Usage (si différent)	Date de Naissance
----------------------------	-------------------

Adresse à laquelle vous désirez recevoir le mensuel et toute correspondance

Code postal	Ville et bureau distributeur
-------------	------------------------------

Téléphone personnel	Téléphone professionnel	Téléphone portable
---------------------	-------------------------	--------------------

Établissement (Université, École indépendante...)	Composante (UFR, IUT, ESPE, École interne...)
---	---

Département dans la composante	Site / Ville d'exercice
--------------------------------	-------------------------

 Votre Section Syndicale

TRÈS IMPORTANT ADRESSE ÉLECTRONIQUE UNIQUE (professionnelle ou personnelle, une seule adresse pour recevoir les courriers électroniques du SNESUP)

POUR ÊTRE BIEN DÉFENDU(E) REMPLIR COMPLÈTEMENT LA FICHE SYNDICALE

Votre Catégorie	
Professeur d'université	<input type="checkbox"/>
Maître de Conférences	<input type="checkbox"/>
ATER	<input type="checkbox"/>
Doctorant Contractuel	<input type="checkbox"/>
Professeur agrégé	<input type="checkbox"/>
Professeur certifié	<input type="checkbox"/>
Professeur ENSAM	<input type="checkbox"/>
Vacataire	<input type="checkbox"/>
Lecteur	<input type="checkbox"/>
Maître de langue	<input type="checkbox"/>
Autre, en ce cas précisez :	

Votre Situation Administrative	
Titulaire	<input type="checkbox"/>
Stagiaire	<input type="checkbox"/>
Associé	<input type="checkbox"/>
Coopérant	<input type="checkbox"/>
Retraité	<input type="checkbox"/>
Détaché d'un autre corps	<input type="checkbox"/>
Contractuel (précisez CDI/CDD)	<input type="checkbox"/>
Ch. d'Enseignement-Vacataire	<input type="checkbox"/>
EC hospitalo-universitaire	<input type="checkbox"/>
Autre, en ce cas précisez :	

Votre Secteur Disciplinaire	
Sciences et Technologies	<input type="checkbox"/>
Lettres et Langues	<input type="checkbox"/>
Sciences Humaines et Sociales	<input type="checkbox"/>
Droit	<input type="checkbox"/>
Sciences Éco/Gestion	<input type="checkbox"/>
STAPS	<input type="checkbox"/>
Pharmacie	<input type="checkbox"/>
Médecine	<input type="checkbox"/>
Odontologie	<input type="checkbox"/>
Autre, en ce cas précisez :	

Votre Classe _____ Votre Échelon _____ Rémunération mensuelle brute (si contractuel ou retraité) _____ Temps partiel _____ %	Discipline 2nd (Agrégré-Certifié) _____ Votre Section CNU _____ Votre Section au CoNRS _____ Responsabilités (élu CA, CAcad, CT, ...) _____	
---	--	--

Je règle ma cotisation : Soit par chèque, 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.