

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, ÉSPÉ, 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	Votre situation administrative	Votre secteur disciplinaire
Professeur d'université ☐	Titulaire ☐	Sciences et technologies ☐
Maître de conférences ☐	Stagiaire ☐	Lettres et langues ☐
ATER ☐	Associé ☐	Sciences humaines et sociales ☐
Doctorant contractuel ☐	Coopérant ☐	Droit ☐
Professeur agrégé ☐	Retraité ☐	Sciences éco/Gestion ☐
Professeur certifié ☐	Détaché d'un autre corps ☐	STAPS ☐
Professeur ENSAM ☐	Contractuel (précisez CDI/CDD) ☐	Pharmacie ☐
Vacataire ☐	Ch. d'enseignement-vacataire ☐	Médecine ☐
Lecteur ☐	☐	Odontologie ☐
Maître de langue ☐	EC hospitalo-universitaire ☐	☐
Autre, en ce cas précisez :	Autre, en ce cas précisez :	Autre, en ce cas précisez :

Votre Classe _____ Votre Échelon _____ Date d'entrée dans l'échelon _____ Rémunération mensuelle brute _____ (si contractuel ou retraité) _____ % Temps partiel _____	Discipline 2 ^d degré (agrégé-certifié) _____ Votre section CNU _____ Votre section au CoNRS _____ Responsabilités (élu CA, CAC, CT...) _____	_____ _____ _____ _____
--	--	----------------------------------

Je souhaite recevoir les publications du SNESUP sous forme numérique : ☐ oui ☐ non

Je souhaite recevoir les publications de la FSU sous forme numérique : ☐ oui ☐ non

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.