



**FORMULAIRE 2011/2012 - d'ADHESION
de RENOUELEMENT - de MODIFICATION**

MM/M	Nom Patronymique, Prénom	Nom d'Usage (si différent)	Année de Naiss.

Adresse à laquelle vous désirez recevoir le bulletin et toute correspondance

Code postal	Ville et bureau distributeur

Téléphone personnel	Téléphone professionnel	Téléphone fax ou Téléphone portable

Etablissement (université, IUFM, Ecole indépendante,...)	Composante (UFR, IUT, Site IUFM, Ecole interne,...)

Département dans la composante	Site Ville d'exercice

Votre Section Syndicale

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

POUR ETRE BIEN DEFENDU REMPLIR COMPLETEMENT LA FICHE SYNDICALE

Votre Catégorie	
Professeur	<input type="checkbox"/>
Maître de Conférences	<input type="checkbox"/>
Assistant	<input type="checkbox"/>
Ater	<input type="checkbox"/>
Allocataire-Moniteur	<input type="checkbox"/>
Agrégé	<input type="checkbox"/>
Certifié	<input type="checkbox"/>
Professeur ENSAM	<input type="checkbox"/>
Vacataire	<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	<input type="checkbox"/>
Ch. d'Enseignement-Vacataire	<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 Eco/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 _____	Discipline 2nd (Agrégé-Certifié) _____	
Votre Echelon _____	Responsabilités Administratives _____	
Votre Indice n.m. _____	Autre, en ce cas précisez : _____	
Votre Section du CNU _____		
Votre Section au CoNRS _____		

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. Elle 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.