

**FORMULAIRE 2010/2011 - d'ADHESION**   
**de RENOUELEMENT  - de MODIFICATION**

MM/M	Nom Patronymique, Prénom	Nom d'Usage (si différent)	Année de Naiss.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**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"/>
<b>Autre, en ce cas précisez :</b>	

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"/>
<b>Autre, en ce cas précisez :</b>	

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"/>
<b>Autre, en ce cas précisez :</b>	

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.