

**FORMULAIRE 2013/2014 - d'ADHESION**   
**de RENOUELEMENT  - de MODIFICATION**

M. / Mme	Nom Patronymique	Prénom	Nom d'Usage (si différent)	Année de Naiss.
Adresse à laquelle vous désirez recevoir le mensuel et toute correspondance				
Code postal	Ville et bureau distributeur			
Téléphone personnel	Téléphone professionnel	Téléphone portable		
Etablissement (Université, Ecole indépendante...)		Composante (UFR, IUT, IUFM, Ecole interne...)		
Département dans la composante		Site Ville d'exercice		
Votre Section Syndicale				

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

**POUR ETRE BIEN DEFENDU(E) REMPLIR COMPLETEMENT LA FICHE SYNDICALE**

Votre Catégorie		Votre Situation Administrative		Votre Secteur Disciplinaire	
Professeur	<input type="checkbox"/>	Titulaire	<input type="checkbox"/>	Sciences et Technologies	<input type="checkbox"/>
Maître de Conférences	<input type="checkbox"/>	Stagiaire	<input type="checkbox"/>	Lettres et Langues	<input type="checkbox"/>
Assistant	<input type="checkbox"/>	Associé	<input type="checkbox"/>	Sciences Humaines et Sociales	<input type="checkbox"/>
Ater	<input type="checkbox"/>	Coopérant	<input type="checkbox"/>	Droit	<input type="checkbox"/>
Doctorant Contractuel	<input type="checkbox"/>	Retraité	<input type="checkbox"/>	Sciences Eco/Gestion	<input type="checkbox"/>
Agrégé	<input type="checkbox"/>	Détaché d'un autre corps	<input type="checkbox"/>	STAPS	<input type="checkbox"/>
Certifié	<input type="checkbox"/>	Contractuel	<input type="checkbox"/>	Pharmacie	<input type="checkbox"/>
Professeur ENSAM	<input type="checkbox"/>	Ch. d'Enseignement-Vacataire	<input type="checkbox"/>	Médecine	<input type="checkbox"/>
Vacataire	<input type="checkbox"/>			Odontologie	<input type="checkbox"/>
Lecteur	<input type="checkbox"/>				
Maître de langue	<input type="checkbox"/>				
<b>Autre, en ce cas précisez :</b>		<b>Autre, en ce cas précisez :</b>		<b>Autre, en ce cas précisez :</b>	

Votre Classe _____ Votre Echelon _____ Votre Indice n. m. _____ Votre Section CNU _____	Discipline 2nd (Agrégré-Certifié) _____ Responsabilités Administratives _____ Votre Section au CoNRS _____ Autre, en ce cas précisez : _____	
--	---	--

**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. 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.