

École ou établissement d'exercice :

Type (école, collège, LGT, LP, université,...) :

Nom :

Circonscription / District / PIAL :

Adresse :

Situation professionnelle :

<input type="checkbox"/> FONCTIONNAIRE <input type="checkbox"/> titulaire <input type="checkbox"/> stagiaire
CORPS <input type="checkbox"/> PE / institutrice·teur
<input type="checkbox"/> Certifié·e Discipline : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Agrégé·e Discipline : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PLP Discipline : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CPE
<input type="checkbox"/> Psy EN
<input type="checkbox"/> Adjaenes
<input type="checkbox"/> Aenes
<input type="checkbox"/> ATTEE
<input type="checkbox"/> MCF
<input type="checkbox"/> PU
<input type="checkbox"/> BIATSS Préciser : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Chercheur·se
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>

<input type="checkbox"/> NON TITULAIRE <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD
TYPE DE CONTRAT <input type="checkbox"/> AED
<input type="checkbox"/> AESH
<input type="checkbox"/> Enseignant·e Discipline : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CPE
<input type="checkbox"/> Administratif·ve
<input type="checkbox"/> Personnel de santé / social
<input type="checkbox"/> Chercheur·se
<input type="checkbox"/> Doctorant·e
<input type="checkbox"/> ATER
<input type="checkbox"/> Post-doc
<input type="checkbox"/> Personnel technique
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>

SITUATION PARTICULIÈRE <input type="checkbox"/> Chargé·e de classe dédoublée
<input type="checkbox"/> Chargé·e de direction
<input type="checkbox"/> Enseignant·e spécialisée Préciser : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BD-école
<input type="checkbox"/> BD-circo
<input type="checkbox"/> TRS
<input type="checkbox"/> PEMF
<input type="checkbox"/> Service fractionné
<input type="checkbox"/> TZR AFA
<input type="checkbox"/> TZR courte et moyenne durée
<input type="checkbox"/> Greta
<input type="checkbox"/> AED surveillance <input type="checkbox"/> AED AP
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>

CONDITIONS D'EXERCICE <input type="checkbox"/> temps plein
<input type="checkbox"/> temps partie
<input type="checkbox"/> disponibilité

<input type="checkbox"/> RETRAITÉ·E
--

J'autorise SUD éducation à faire figurer ces informations dans les traitements et fichiers automatisés dans les conditions fixées par les articles 26 et 27 de la loi du 6 janvier 1978 (informatique et libertés). Cette autorisation est révoquée par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant à SUD éducation Paris.

Date :

Signature :

Je signe ce bulletin d'adhésion.