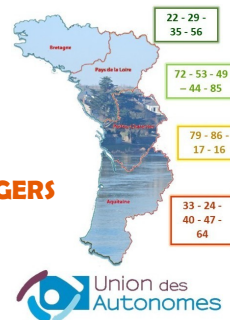


À renvoyer à : **AUTONOME GRAND OUEST — 23 rue Louis Gain — 49100 ANGERS**

02 41 88 75 55 / 06 48 20 15 41

autonome-grandouest@orange.fr

https://autonome-grandouest.fr



**NOM :** \_\_\_\_\_ **NOM de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Prénom :** \_\_\_\_\_ **Tél portable :** \_\_\_\_\_  
**Mail personnel (non académique) :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
**Adresse personnelle :** \_\_\_\_\_  
**Code postal :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**NOM de l'Établissement** \_\_\_\_\_  
**Adresse et VILLE établissement :** \_\_\_\_\_ **Code postal** \_\_\_\_\_  
**RNE ou mail établissement** \_\_\_\_\_ **Votre Fonction** \_\_\_\_\_

### J'adhère à l'Autonomie GRAND OUEST pour l'année scolaire 2026-2027 et je règle ma cotisation

**38 €** - enseignants EN et personnels de direction EN, contractuels CDI

**22 €** - administratifs EN, ATSS, ATSEM, contractuels CDD

**12 €** - AVS, AESH, intervenant, vacataire, étudiant INSPE

**Par chèque**

—> à l'ordre de « Autonomie Grand Ouest » et retourner à l'adresse ci-dessus

**Par Prélèvement Automatique récurrent**

—> pour cette année et les années suivantes, n'envoyez pas d'argent, retournez le mandat SEPA ci-dessous en le scannant ou bien par La Poste.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Signature de l'adhérent(e) (obligatoire)**

Le Président—Philippe BONNETTE



Vous pouvez régler aussi sur le site par Carte Bancaire

### CREDIT AGRICOLE - Mandat de prélèvement SEPA

ICS FR91ZZZ647108

Ma cotisation sera prélevée tous les ans à reconduction tacite. Je recevrai un avis préalable. Je pourrai me désengager



23 rue Louis Gain 49100 - Angers  
Tél : 02.41.88.75.55  
Portable : 06.48.20.15.41  
Courriel : autonome-grandouest@orange.fr  
Site : www.autonome-grandouest.fr

**Conditions générales d'utilisation de votre mandat :** En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Autonomie Grand Ouest à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Autonomie Grand Ouest vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. **Veillez remplir tous les champs obligatoires \***

#### Votre NOM \*

#### Votre adresse \*

NOM et Prénom du débiteur (s)

N° et Rue  
Code postal et VILLE

#### Nom de votre banque et vos coordonnées bancaires \* -Le BIC est le Code International d'identification de votre banque

Banque

BIC

IBAN

#### Signature du titulaire du compte \*

#### Type de paiement Récurrent / Répétitif

Signature (s)

Votre signature validant votre autorisation \*

Lieu et date

Date et lieu de signature de votre mandat \*

France (Pays)