



## Fiche de suivi syndical

à renvoyer à :  
**SNASUB - FSU - 104, rue Romain Rolland 93260 LES LILAS**  
 pour transmission directe aux commissaires paritaires  
 des académies concernées, dont vous trouverez la liste et les coordonnées  
 sur le site internet du SNASUB-FSU

### Mouvement national 2017 des attachés (AAE) et des secrétaires (SAENES) sur postes non profilés

NOM(S) : .....	Corps : .....
Prénom(s) : .....	Académie : .....

Adresse personnelle ..... Code postal.....

Commune : ..... N° de téléphone fixe : .....

N° de téléphone portable : ..... Courriel .....

Etablissement ou service d'exercice : .....

Adresse professionnelle : ..... Code postal .....

Commune ..... Tél : ..... Académie .....

**Calculez votre barème :**

Vous reporter à l'annexe M7  
 de la note ministérielle parue  
 au BOEN spécial du 24 novembre 2016

**Rapprochement de conjoint** : .....  
 après ..... année(s) ;

**Nombre d'enfants à charge** : .....

**Affectation dans certaines zones ou établissements difficiles depuis au moins 5 ans** :  
 .....

**Réintégration après congé parental, disponibilité, détachement dans une autre académie que celle d'origine pour suivre un conjoint** :  
 .....

après .....année(s) ;

**Ancienneté dans le poste** :  
 ..... ans ..... mois ..... jours

**Ancienneté dans le corps** :  
 ..... ans ..... mois ..... jours

**TOTAL** : .....

**Votre demande de changement d'académie :**

**Voeu n° 1** :  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service (Poste précis ou PP)  
 ..... Ville.....

**Voeu n° 2** :  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service (PP).....  
 ..... Ville.....

**Voeu n° 3** :  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service (PP).....  
 ..... Ville.....

**Voeu n° 4** :  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service (PP).....  
 ..... Ville.....

**Voeu n° 5** :  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service (PP).....  
 ..... Ville.....

**Voeu n° 6** :  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service (PP).....  
 ..... Ville.....

**Important** : fonctionnaire handicapé : oui - non  
 mutation conditionnelle : oui - non