



# Fiche de suivi syndical

à renvoyer à :

**SNASUB - FSU - 104, rue Romain Rolland 93260 LES LILAS**  
ou directement aux **commissaires paritaires du corps concerné**  
(coordonnées indiquées dans le dossier "mutations 2018"  
du mois de décembre 2017)

## Mouvement national **2018** des Attachés (AAE) et des Secrétaires (SAENES) sur **postes non profilés**

<b>NOM(S) :</b> .....	<b>Corps :</b> .....
<b>Prénom(s) :</b> .....	<b>Académie :</b> .....

**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 :** .....

**Département :** ..... **Académie** .....

### **Calculez votre barème :**

Vous reporter à l'annexe M7  
de la note ministérielle parue  
au BOEN n° 4 spécial du 23 novembre 2017

**Rapprochement de conjoint :** .....

**après** ..... **année(s) :** .....

**Nombre d'enfants à charge :** .....

**Mutation au titre du CIMM :** .....

**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