



**PRE-INSCRIPTION au CFA 2026 (17 ans à -26 ans)
DEUST PREPARATEUR/TECHNICIEN EN PHARMACIE**

L'EMPLOYEUR	
Raison sociale : Nom et prénom du responsable :	Tampon de l'entreprise
N° Siret : Code APE : 4773Z Convention collective Pharmacie d'officine 1996	Nombre de salariés : Mail :
Adresse :	Téléphone : Fax :
Caisse de retraite complémentaire apprenti :	
L'APPRENTI(E)	
Nom : Prénom : N° Sécurité Sociale :	Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité :
Adresse Ville :	Téléphone : Mail :
Avez-vous une RQTH (reconnaissance qualité de travailleur handicapé) ou OETH ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (à joindre)	
Situation avant l'apprentissage : Diplôme BAC obtenu : (copie à joindre)	
LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE	
Date de début du contrat : Date de fin du contrat :	
Durée hebdomadaire de travail : 35 h Salaire brut mensuel à l'embauche : 1 028.38€	
Nom et prénom du maître d'apprentissage : Poste occupé : Pharmacien titulaire	Diplôme obtenu : pharmacien Année d'expérience : Date de naissance :
Salaire versé à l'apprenti : 1 ^{ère} année du Au 56 % du SMC 2 ^{ème} année du Au 67 % du SMC	

DATE et Signature de l'apprenti(e)

Signature de l'employeur

Ce document sera valable seulement si le candidat est titulaire d'un BAC ou DAEU et la validation sur PARCOURSUP de son dossier

Pensez à faire la DPAE auprès de l'URSSAF et prendre un RV auprès de la Médecine du travail

CFA Employés en Pharmacie -60 rue de Narvik-07500 GUILHERAND-GRANGES

☎ 04-75-44-12-25 Mail : contact@cfa-sante-2607.fr