



**PRE-INSCRIPTION au CFA 2024 (+26 ans – de 30 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 :	Téléphone : Mail :
Nom et prénom du représentant légal :	
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 : 1 766.92 €	
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 100 % du SMC 2 ^{ème} année du Au 100 % du SMC	
Signature de l'apprenti(e)	Signature de l'employeur

Ce document sera valable seulement si le jeune est titulaire d'un BAC ou DAEU
Pensez à faire la DPAE auprès de l'URSSAF et prendre un RV auprès de la Médecine du travail