



**PRE-INSCRIPTION au CFA 2025 (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 : 1 024.23€	
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 jeune est titulaire d'un BAC ou DAEU et validation sur PARCOURSUP

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