



**PRE-INSCRIPTION au CFA 2026 (+de 30 ans avec RQTH)  
DEUST PREPARATEUR/TECHNICIEN EN PHARMACIE**

| <b>L'EMPLOYEUR</b>   |  |
|--|--|
| Raison sociale :<br>.....<br>Nom et prénom du responsable :<br>.....   | Tampon de l'entreprise   |
| N° Siret : .....<br>Code APE : 4773Z Convention collective Pharmacie d'officine 1996   | Nombre de salariés : .....<br>Mail : .....   |
| Adresse :<br>.....   | Téléphone : .....<br>Fax : .....   |
| Caisse de retraite complémentaire apprenti : .....   |  |
| <b>L'APPRENTI(E)</b>   |  |
| Nom : .....<br>Prénom : .....<br>N° Sécurité Sociale : .....   | Date de naissance : .....<br>Lieu de naissance : .....<br>Nationalité : .....          |
| Adresse Ville : .....<br>.....   | Téléphone : .....<br>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)   |  |
| <b>LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE</b>  |  |
| Date de début du contrat : ..... Date de fin du contrat : .....  |  |
| Durée hebdomadaire de travail : 35 h      Salaire brut mensuel à l'embauche : 1 823.03 €   |  |
| Nom et prénom du maître d'apprentissage :<br>.....<br>Poste occupé : Pharmacien titulaire  | Diplôme obtenu : pharmacien<br>Année d'expérience : .....<br>Date de naissance : ..... |
| Salaire versé à l'apprenti :<br>1 <sup>ère</sup> année du ..... Au ..... 100 % du SMIC<br>2 <sup>ème</sup> année du ..... Au ..... 100 % du SMIC     |  |

**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 après validation de son dossier 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