

Année 2021-2022

Date d'arrivée du dossier :

(Réservé CFA)



ARCPP  
CFA Pharmacie  
49 Av. Pont de Bois BP 60272  
59665 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX  
Tél : 03 20 59 17 17

PHOTO  
à coller SVP

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## BREVET PROFESSIONNEL DE PREPARATEUR EN PHARMACIE

Centre de Cours le plus proche de votre domicile :

VILLENEUVE D'ASCQ

VALENCIENNES

LE PORTEL

Partie Réservée CFA :

### VOTRE ETAT CIVIL

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Situation Familiale :  Célibataire  Marié : Nom d'épouse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_

N° de Département de Naissance : | \_\_\_ | \_\_\_ | Nationalité : \_\_\_\_\_

Age à la date de rentrée en formation (sept 2021) : \_\_\_\_\_ ans et \_\_\_\_\_ mois.

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél portable : | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | ou fixe | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |

Adresse e.mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ **(obligatoire)**

N° NIR (n° de Sécurité Sociale) Obligatoire : \_\_\_\_\_ (15 chiffres)

### VOTRE SCOLARITE

Situation avant ce contrat :  Scolarisé -  Apprenti -  Etudiant -  Contrat de professionnalisation  
 Salarié  Demande d'emploi -  autre : \_\_\_\_\_

Dernière classe fréquentée : \_\_\_\_\_ en **2020/2021**

*(Joindre un certificat de scolarité – Obligatoire sauf pour les + de 26 ans)*

N° national INE ou BEA \_\_\_\_\_

(BEA : Base Elève Académique, figurant sur le relevé de notes du BAC et sur certains certificats de scolarité)

**Diplôme(s) possédé(s) : (Joindre photocopie)** \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> contrat d'apprentissage : OUI  NON

**NB.** Nous rappelons aux candidats actuellement en Terminale de Baccalauréat que l'obtention du diplôme est obligatoire pour pouvoir entreprendre la formation du BP. **Vous pouvez toutefois nous retourner votre dossier dès maintenant, mais il vous faudra, début juillet 2021, nous fournir une attestation de réussite à l'examen pour confirmer votre inscription.**

## PARTIE RESERVEE A L'EMPLOYEUR (1/2)

### IMPORTANT

**Rappel des dispositions de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine, en ce qui concerne le nombre de jeunes à accueillir simultanément dans l'entreprise.**

- 1 jeune par diplôme de Pharmacien temps plein (ou équivalent temps plein)
- 1 jeune supplémentaire par diplôme de Pharmacien temps plein (ou équivalent temps plein) ou pour 2 Préparateurs temps plein (ou équivalent temps plein).

Le maximum autorisé est fixé à 4 quelle que soit la taille de l'officine.

Les Préparateurs désignés « *Maîtres d'Apprentissage* » de l'apprenti(e) devront obligatoirement avoir 2 années d'expérience professionnelle.

N.B : Ces dispositions concernent à la fois les Contrats d'Apprentissage et les Contrats de Professionnalisation quel que soit le niveau de formation du jeune (même si l'un d'entre eux est en position de doublement).

### **EMPLOYEUR - (Pharmacien)** **OBLIGATOIRE POUR TOUTE INSCRIPTION**

**RAISON SOCIALE :** \_\_\_\_\_

**NOM/Prénom:** du Dirigeant : \_\_\_\_\_

Fonction :    Pharmacien Titulaire                       Pharmacien Adjoint

**N° SIRET :** \_\_\_\_\_ (14 chiffres)    APE ou NAF: \_\_\_\_\_

Code IDCC (n° convention collective) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone : : | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |      Fax : : | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

Adresse e.mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Caisse de Retraite complémentaire :** \_\_\_\_\_ **Type d'employeur :**  Privé -  Public

• **Nombre de Salariés dans l'ENTREPRISE (non compris les jeunes en Formation) | \_\_\_\_ |**

Lors de l'inscription d'un salarié en contrat en apprentissage ou formation continue, vous mettez à notre disposition certaines de vos données personnelles.

Ces données sont destinées au suivi des apprenants, à la gestion des contrats de formation avec les financeurs et au contrôle des autorités de tutelle de la formation par l'alternance et depuis toujours nous nous engageons à les protéger.

Comme vous le savez le Règlement général relatif à la protection des données (RGPD) est entré en vigueur dans l'ensemble des pays de l'Union européenne et a renforcé le contrôle des données à caractère personnel.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit vous pouvez adresser votre demande à Martine ISIDORE, Directrice de l'ARCPP.

Je reconnais que je suis informé du traitement de ces données personnelles et que je dispose d'un droit d'accès et de rectification par simple demande.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

## PARTIE RESERVEE A L'EMPLOYEUR (2/2)

### ATTESTATION OBLIGATOIRE POUR TOUTE INSCRIPTION

Je soussigné(e)

Mme, M : \_\_\_\_\_, Pharmacien,

Envisage de former Mme, M.: \_\_\_\_\_

- Par  un Contrat d'Apprentissage (jusqu'à 29 ans révolus)  
 un Contrat de Professionnalisation (CDD/CDI d'une durée minimale de 35h/semaine)  
 un plan de développement de compétences (Personnel d'officine en CDI ou CDD d'une durée >30h/semaine)  
 un Projet de transition professionnelle (remplace le CIF).

**Nom et Prénom du Maître d'Apprentissage :** \_\_\_\_\_

(1 seul par apprenti(e))

**Date de naissance du Maître d'Apprentissage :** \_\_\_\_\_

Préparateur  Pharmacien  Adjoint

en vue de la formation au

#### **BREVET PROFESSIONNEL DE PREPARATEUR EN PHARMACIE**

A compter du : | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | 20\_\_\_\_ | **date de début du contrat d'apprentissage obligatoire**)

#### **REMARQUE :**

- Pour un **Contrat d'Apprentissage**, cet engagement ne deviendra ferme et définitif qu'à la signature du contrat qui pourra intervenir **au plus tôt la 2<sup>ème</sup> semaine de Juillet 2021**.
- Pour les autres contrats nous contacter.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet

Signature

## **FICHE SANITAIRE** (A compléter par la personne en Formation)

Si vous désirez qu'une personne de votre entourage soit contactée en cas d'urgence, indiquez nous son nom et n° de Tél : | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |

Etes-vous reconnu travailleur handicapé (RQTH) : OUI NON  
Etes-vous susceptible de solliciter une demande d'Aménagement pour vos épreuves d'examen ?

OUI NON Si oui : Quels Aménagements ? \_\_\_\_\_

Les informations portées sur ce dossier sont obligatoires.

Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à organiser votre inscription, valider la prise en charge de votre formation par les organismes financeurs, répondre aux enquêtes sur la formation demandées par la Région et l'Etat, organiser le suivi avec les tuteurs formateurs, répondre aux démarches d'inscription aux examens et d'évaluation de la formation et du dossier scolaire demandé par le Rectorat.

Les informations sur votre santé sont facultatives, elles sont utilisées avec votre accord en interne, de manière confidentielle et au cas où votre état nécessiterait une prise en charge particulière ou d'urgence.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à Madame Martine ISIDORE, Directrice de l'ARCPP.

**Concernant le droit à l'image, merci de compléter la formule ci-dessous à votre convenance :**

Je donne mon accord pour que mon image soit utilisée dans le cadre de communication de l'ARCPP (événement ou document professionnel, répertoire des formateurs, site ou facebook de l'organisme de formation). OUI  NON

Je reconnais que je suis informé du traitement de ces données personnelles et que je dispose d'un droit d'accès et de rectification par simple demande.

Fait à ..... Le .....  
signature

### **RAPPEL PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER**

- Certificat de scolarité de la dernière classe fréquentée **uniquement pour les moins de 26 ans.**
- Photocopie de votre carte d'identité Recto/verso
- Photocopie du relevé de notes obtenues au Baccalauréat (**obligatoire**).
- Photocopies des diplômes que vous possédez.
- Photocopie du Certificat individuel de Participation à l'Appel de Préparation à la Défense (APD) **uniquement pour les contrats d'apprentissage'** et/ou « Certificat de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (J.D.C)
- 2 photos d'identité** récentes avec vos nom et prénom inscrits sur chacune (pas de photocopie)



**Pensez à bien vérifier votre dossier avant l'envoi**

**Comment avez-vous eu connaissance de nos formations ?**

- Salon  Forum  Lycée
- Internet  Portes Ouvertes CFA  Autre



**Qualiopi**  
processus certifié  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre des catégories d'actions suivantes :  
- Actions de formation  
- Actions de formation par apprentissage

