

Institut des métiers de la santé  
Groupe hospitalier Sud

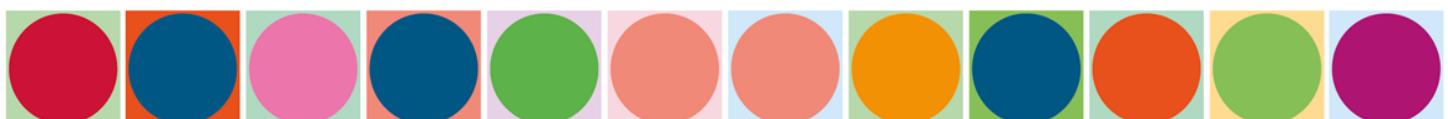
## CENTRE DE FORMATION DE PRÉPARATEURS EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE

---

# Dossier d'inscription à la Sélection 2026

pour l'admission en formation  
de Préparateur en Pharmacie Hospitalière

**FORMATION INITIALE / CONTINUE INCLUANT L'APPRENTISSAGE**



**Tout dossier incomplet et toutes consignes non-respectées ne permettront pas l'enregistrement du candidat pour la sélection.**

**Aucune relance ne sera faite.**

**CONDITIONS D'ACCÈS A LA FORMATION DE  
PRÉPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE  
SEPTEMBRE 2026**

**Les conditions d'accès à la formation sont prévues par l'Arrêté du 31 juillet 2024 modifié le 7 août 2025 relatif au Diplôme d'État de Préparateur en Pharmacie Hospitalière.**

La formation conduisant au Diplôme d'État de Préparateur en Pharmacie Hospitalière est accessible aux candidats titulaires :

- 1/ Du Diplôme d'Études Universitaires Scientifiques et Technique préparateur/technicien en pharmacie **ou**
- 2/ Du Brevet Professionnel préparateur en pharmacie **ou**
- 3/ De l'une des autorisations d'exercice prévues par les articles L. 4241-7 à L. 4241-10 du code de la santé publique.

Tous les candidats sont soumis à la même épreuve de sélection. Celles-ci s'opèrent sur la base d'un dossier et d'un entretien avec le jury de sélection.

**Le dossier comporte :**

- La fiche de renseignements (page 5) accompagnée des pièces demandées en page 4.
- Un dossier professionnel de 5 pages maximum comprenant :
  - Curriculum Vitae du candidat
  - Exposé de l'expérience professionnelle du candidat
  - Motivations du candidat pour la formation
  - Projet professionnel du candidat.

**L'entretien de sélection :**

La durée de l'entretien est de 20 minutes.

Cet entretien a pour objet :

- 1° D'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente sur les éléments présentés dans le dossier ;
- 2° D'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ;
- 3° D'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

**Pour être déclaré admis le candidat doit obtenir une note au moins égale à 10/20 à l'ensemble de l'évaluation du dossier et de l'entretien de sélection.**

**L'admission définitive est subordonnée :**

**1/ À la confirmation du candidat pour entrer en formation au CFPPH qui doit parvenir à l'institut par écrit **au plus tard le vendredi 12 juin 2026**.**

**2/ À la fourniture par la personne admise d'un dossier composé des pièces suivantes :**

**1° Un certificat médical attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine ;**

**2° L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU 2), dont la date de validité court au moins jusqu'à la date de remise du diplôme envisagée;**

**3° Un certificat médical attestant que l'étudiant remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.**

*Les pièces mentionnées au 1° et 2° sont transmises par l'étudiant au plus tard le premier jour de formation, celle mentionnée au 3° l'est au plus tard le premier jour de la première période de stage.*

**3/ À l'acquittement des frais de formation selon le statut de l'étudiant (cf. Calendrier des échéances pour l'admission en formation en septembre 2026 en page 3.)**

**4/ À la production du diplôme requis pour l'admission en formation de préparateur en pharmacie hospitalière :**

➤ DIPLÔME D'ÉTUDES UNIVERSITAIRES SCIENTIFIQUES ET TECHNIQUES (DEUST) de PRÉPARATEUR/TECHNICIEN EN PHARMACIE

**ou**

➤ BREVET PROFESSIONNEL (BP) de PRÉPARATEUR en PHARMACIE

**Calendrier des échéances pour l'admission en formation en septembre 2026**

Arrêté du 31 juillet 2024 modifié le 7 août 2025

relatif au Diplôme d'État de Préparateur en Pharmacie Hospitalière

<b>DATE LIMITE DE DÉPÔT DU DOSSIER DE SÉLECTION<sup>1</sup></b>		<b>Vendredi 13 mars 2026</b>
<b>SÉLECTION D'ENTRÉE</b>	ENVOI DES CONVOCATIONS POUR L'ENTRETIEN DE SELECTION	<b>Au plus tard le 3 avril 2026</b>
	ENTRETIEN DE SELECTION	<b>Du 11 au 29 mai 2026</b>
	AFFICHAGE DES RÉSULTATS	<b>Vendredi 29 mai 2026</b>
<b>DATE LIMITE DE CONFIRMATION ÉCRITE POUR ENTRER AU CENTRE DE FORMATION *</b>		<b>Vendredi 12 juin 2026</b>
« Dès réception de la notification, le candidat sélectionné fait connaître au directeur du centre de formation, par tout moyen permettant d'en donner date certaine, et dans un délai de dix jours ouvrés à compter de la notification, son intention de rejoindre la formation ou son désistement. »		
* Les résultats des épreuves ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle ces épreuves sont organisées.		
DATE DE RENTRÉE		<b>Mardi 1<sup>er</sup> septembre 2026</b>
ACQUITTEMENT DROITS D'INSCRIPTION + FRAIS PÉDAGOGIQUES <sup>2</sup> Chèques à l'ordre du Trésor public ( <b><i>sauf pour les apprentis ou prise en charge par l'employeur</i></b> )		<b>178 € + 8500 €</b> ou <b>178 € + 7000 €<sup>3</sup></b> à remettre <b>Mardi 1<sup>er</sup> septembre 2026</b>
DÉPÔT DU DOSSIER MÉDICAL <sup>4</sup>		<b>Mardi 1<sup>er</sup> septembre 2026</b>
<b>ATTESTATION de FORMATION aux GESTES et SOINS d'URGENCE de niveau 2 (AFGSU 2)</b> DONT LA VALIDITÉ COURT AU MOINS JUSQU'A LA DATE DE DIPLOMATIQUE <sup>5</sup>		<b>Mardi 1<sup>er</sup> septembre 2026</b>

<sup>1</sup> Liste des pièces à fournir et fiches à remplir pages 4, 5 et 6.

<sup>2</sup> Uniquement pour les personnes en autofinancement.

<sup>3</sup> Uniquement pour les personnes inscrites à France Travail

<sup>4</sup> L'admission **DÉFINITIVE** est subordonnée à la production d'un dossier médical.

<sup>5</sup> L'admission **DÉFINITIVE** est subordonnée à la production de l'AFGSU 2

**POUR S'INSCRIRE À LA SÉLECTION D'ENTRÉE 2025**

**Déposer ou envoyer par courrier normal ou en lettre suivie  
le dossier avec l'ensemble des pièces demandées ci-dessous  
avant le vendredi 13 mars 2026 minuit (cachet de la poste faisant foi),  
à l'adresse suivante :**

Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière  
Institut des Métiers de la Santé Xavier-Arnozan  
Avenue du Haut-Lévêque 33604 PESSAC CEDEX

**Pièces demandées à classer dans l'ordre indiqué ci-dessous :**

1. La fiche de renseignements (cf. page 5).
2. La fiche de financement pour la formation (cf. page 6).
3. La photocopie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso sur une page).
4. La somme de 120 € relative aux frais d'étude du dossier de sélection par chèque libellé à l'ordre du Trésor public. Ce chèque sera encaissé dès réception du dossier. Ces frais ne sont pas remboursables.
5. La photocopie lisible du Brevet Professionnel de Préparateur en Pharmacie ou du DEUST ou un certificat de scolarité pour les personnes inscrites en 2<sup>ème</sup> année du DEUST accompagné des **bulletins de notes de première et deuxième année**.
6. **L'ATTESTATION de FORMATION aux GESTES et SOINS d'URGENCE de niveau 2 (AFGSU 2)** dont la validité court au moins jusqu'à la date de remise du diplôme envisagé **OU** une attestation sur l'honneur rédigée sur papier libre précisant que l'AFGSU 2 sera fournie au plus tard le jour de la rentrée.
7. Une lettre de candidature à la sélection d'entrée manuscrite et signée.
8. Un Curriculum Vitae sur papier libre.
9. Un dossier professionnel en 2 exemplaires de 5 pages maximum comprenant :
  - Curriculum Vitae du candidat
  - Exposé de l'expérience professionnelle du candidat
  - Motivations du candidat pour la formation
  - Projet professionnel du candidat
10. L'autorisation de diffusion des résultats de la sélection 2026 sur internet (cf. page 7).
11. L'autorisation de communication des décisions par voie électronique (cf. page 8).
12. Pour les candidats en situation de handicap ayant besoin d'un accompagnement spécifique, veuillez appliquer la consigne de la notice en page 9.

**Tout dossier incomplet et toutes consignes non-respectées ne permettront pas l'enregistrement du candidat pour la sélection.**

Aucune relance ne sera faite.

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

(à remplir en lettres d'imprimerie)

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Le premier prénom selon l'état civil : ..... Sexe :  F ou  M

Date de naissance : ..... Lieu et département : .....

Nationalité : .....

Identifiant national INE<sup>1</sup> : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Code postal : .....

Téléphone : .....

Adresse mail lisible, valide et consultée régulièrement (**les convocations seront envoyées à cette adresse**) :

**SITUATION ACTUELLE<sup>2</sup>**

- Titulaire du DEUST - Année d'obtention : .....
- Titulaire du BP - Année d'obtention : .....
- Salarié en officine - Lieu : .....
- Salarié dans un Etablissement de Santé (public ou privé) - Lieu : .....
- Sans emploi

<sup>1</sup> Le **N° INE** est un Identifiant National Etudiant unique. Vous trouverez ce **N°** sur le relevé de notes du BACCALAUREAT FRANÇAIS. Il est appelé également **N° BEA**. Il a été attribué à partir de l'année 1995 dans les lycées et les universités. Il se présente sous la forme de 10 chiffres + 1 lettre ou, depuis 2018, de 9 chiffres + 2 lettres.

<sup>2</sup> Cocher les cases adéquates et compléter le cas échéant.

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

**Veuillez sélectionner OBLIGATOIREMENT le mode de financement envisagé pour votre année de formation.**

**PRISE EN CHARGE PAR MON EMPLOYEUR AU TITRE DES ETUDES PROMOTIONNELLES**

Employeur : .....

Adresse employeur : .....

.....

**APPRENTISSAGE**

Fournir le document pré-engagement de l'établissement employeur (cf. pages 10 et 11)

**ou**

S'engager à chercher un employeur et à fournir le document pré-engagement de l'établissement employeur (cf. pages 10 et 11) avant le 8 juillet 2026.

**AUTOFINANCEMENT :**

Avec FRANCE TRAVAIL (pour les demandeurs d'emploi)

N° d'identifiant : .....

Région d'inscription / Zone géographique : .....

Avec mobilisation du COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

Sur Fonds Propres

**AUTORISATION DE DIFFUSION DES RÉSULTATS  
DE LA SÉLECTION 2026 SUR INTERNET**

Madame, Monsieur,

Nous envisageons de diffuser sur notre site Internet <https://formations.chu-bordeaux.fr> des informations vous concernant dans le cadre de la diffusion des résultats aux épreuves de sélection pour l'entrée au :

**CENTRE de FORMATION de PRÉPARATEURS en PHARMACIE HOSPITALIÈRE  
du CHU de BORDEAUX.**

Ces informations sont les suivantes : Nom de naissance (suivi du nom marital), Prénom.

Compte tenu des caractéristiques du réseau Internet que sont la libre captation des informations diffusées et de la difficulté, voire de l'impossibilité de contrôler l'utilisation qui pourrait en être faite par des tiers, nous vous informons que vous pouvez vous opposer à une telle diffusion.

Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données qui vous concernent (art. 34 de la loi « Informatique et Libertés du 6 janvier 1978). Pour exercer ce droit adressez-vous au Centre de Formation référencé ci-dessus.

**NOM**

**Prénom**

Date et signature dans la case choisie :

**ACCORD**

**REFUS**

## **AUTORISATION DE COMMUNICATION DES DÉCISIONS PAR VOIE ÉLECTRONIQUE**

Je soussigné(e),

adresse mail :

Autorise l'IMS du CHU de Bordeaux à me communiquer par voie électronique les décisions relatives à ma sélection, y compris mais non limité à :

- Les convocations à l'entretien de sélection
  - Les résultats de la sélection ;
  - Les informations administratives importantes.

Je reconnais que la communication par voie électronique est un moyen valable et légal de recevoir ces informations. Je m'engage à consulter régulièrement ma boîte de réception électronique et à informer l'IMS de tout changement d'adresse e-mail.

Je comprends que l'IMS du CHU de Bordeaux ne peut être tenu responsable de la non-réception des communications électroniques en cas de problèmes techniques ou de non-consultation de ma boîte de réception.

Fait à .....,

Le.....

Signature :

**NOTICE POUR LES PERSONNES  
EN SITUATION DE HANDICAP**

Les candidats en situation de handicap peuvent demander lors de leur dépôt de dossier un aménagement des conditions de déroulement de la sélection d'entrée.

Le candidat doit faire la demande d'aménagement auprès d'un médecin agréé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine :

**Médecins généralistes agréés de la Gironde (33)**  
<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr>

Afin de permettre au médecin agréé de disposer d'une évaluation précise et actualisée de la nature et de la sévérité du handicap présenté, le candidat doit impérativement joindre tous les éléments permettant d'objectiver les difficultés : courriers médicaux récents, bilans récents (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologie, kinésithérapie), ainsi que les modalités du concours et sa durée afin d'adapter l'aménagement avec les difficultés objectivées.

Pour chaque sélection, les aménagements d'épreuves sont décidés par le jury de sélection, après avis du médecin agréé.

**Accessibilité aux personnes en situation de handicap**

Conformément à la réglementation, selon la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées - Articles D. 5211-1 et suivants du code du travail, l'institut peut proposer des aménagements (technique, organisationnel et/ou pédagogique) pour répondre aux besoins particuliers de personnes en situation de handicap.

Le cas échéant, l'organisme de formation mobilise des compétences externes (Centre de Ressources Formation Handicap Nouvelle-Aquitaine...) et les dispositifs ad-hoc (Accea, Epatech...) pour la recherche de solutions permettant l'accès aux formations.

**DOCUMENT DE PRE-ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT  
POUR LA FORMATION EN APPRENTISSAGE****PRE-ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT- APPRENTISSAGE CFPPH**

**Je souhaite recruter** un(e) apprenti(e) pour la rentrée de septembre de 2026 pour la formation de préparateur en pharmacie hospitalière.

**J'ai déjà sélectionné** un(e) apprenti(e)

Nom de l'apprenti : ..... Prénom: .....

Adresse mail : .....

**COORDONNÉES DU MAÎTRE D'APPRENTISSAGE PRINCIPAL**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance.....

Téléphone : .....

Adresse mail) :

Qualification  Préparateur en pharmacie hospitalière ayant au moins deux années d'expérience.

Pharmacien.

Je certifie que le Maître d'Apprentissage n'encadre pas plus de 2 apprentis.

**COORDONNÉES DU SECOND MAÎTRE D'APPRENTISSAGE (recommandé mais non obligatoire)**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance.....

Téléphone : .....

Adresse mail :

Qualification  Préparateur en pharmacie hospitalière ayant au moins deux années d'expérience.

Pharmacien.

Je certifie que le Maître d'Apprentissage n'encadre pas plus de 2 apprentis.

**NOM ET COORDONNÉES DU LIEU D'EXERCICE DE L'APPRENTISSAGE**

Dénomination de la structure ou raison sociale :

N° SIRET : .....

Nom et prénom du responsable : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR**

Nom et prénom ou dénomination : .....

N° SIRET : .....

Adresse de l'établissement ou du siège social : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**FINANCEMENT**

Employeur public      Aide au financement       CNFPT       ANFH

**Pour les employeurs publics, joindre à ce document l'avis SIRENE.**

**Pour un financement CNFPT, joindre à ce document l'accord préalable du CNFPT.**

Employeur privé      Code IDCC de la convention collective : ..... Nom de l'OPCO : .....

**Pour les employeurs privés, joindre à ce document votre extrait Kbis.**

**CONTACT OPERATIONNEL POUR LA GESTION ADMINISTRATIVE :**

Prénom, Nom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

**CONTACT OPERATIONNEL POUR LA GESTION FINANCIERE DU CONTRAT:**

Prénom, Nom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

**DUREE DE L'ACTION DE FORMATION**

Lorsque le contrat d'apprentissage est conclu pour une durée déterminée, il peut débuter jusqu'à 3 mois avant la date de début du cycle de formation et doit expirer au plus tard deux mois après la fin du cycle de formation.

La formation débutera le 1/09/2026 et se terminera le 2/07/2027.

**A quelle date souhaitez-vous commencer l'exécution du contrat ?**

**A quelle date souhaitez-vous la fin du contrat ?**

**Date :**

**Le Directeur de l'établissement :** (*Nom, Prénom, qualité du signataire et cachet de l'établissement*)