

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)