

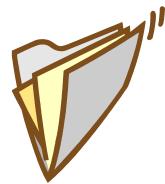
## NUTRITION ET DIETETIQUE A TOUS LES ÂGES DE LA VIE

<b>Période :</b>	<b>Du 29 octobre 2021 au 11 mars 2022</b>
<b>Durée et rythme :</b>	105 heures - 15 jours - <b>LE VENDREDI</b> de 9h à 17h
<b>Lieu :</b>	CFPP - 59 rue Planchat 75020 PARIS
<b>Public :</b>	Tout public (voir conditions auprès du CFPP)
<b>Intervenant :</b>	<b>Nathalie WALTER</b> – Docteur en Pharmacie DU alimentation santé et micronutrition
<b>Objectifs :</b>	<b>A l'issue de la formation vous serez capable de</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Analyser les attentes des clients et définir les objectifs nutritionnels</li><li>• Donner des conseils diététiques en respectant l'équilibre alimentaire de chacun</li><li>• Effectuer une délivrance de produits nutritionnels et de compléments alimentaires</li><li>• Développer le rayon diététique de l'officine</li></ul>
<b>Programme :</b>	✓ Connaître les rôles et les métabolismes des macronutriments et micronutriments ✓ Maîtriser les grands principes d'une alimentation équilibrée ✓ Savoir adapter un plan alimentaire à une personne en fonction de ses besoins nutritionnels ou en cas de pathologies ✓ Connaître les principaux compléments alimentaires du marché (rôles, intérêts et inconvénients) ✓ Organiser un rayon nutrition, diététique en officine.
<b>Certificat :</b>	Certificat de formation
<b>Nombre de places :</b>	18
<b>Financement :</b>	<b>Formation totalement prise en charge et sans aucune avance de frais pour l'employeur et le salarié. (nous contacter pour plus de renseignements)</b> Coût de la formation : 42 € TTC de l'heure soit 4410 €
<b>Formalités :</b>	Complétez la demande d'inscription de ce catalogue avec votre employeur et suivez scrupuleusement les démarches d'inscription. <b>Le formulaire de demande de prise en charge d'OPCO EP Plan est téléchargeable sur <a href="http://www.cfp.org">www.cfp.org</a>.</b> Les dossiers complets seront traités par ordre d'arrivée. Le CFPP validera ou non votre inscription en fonction des places disponibles. Dans le cas d'une réponse positive, c'est le CFPP qui effectuera les démarches auprès d'OPCO EP pour la prise en charge financière de votre formation.

*Développez vos compétences et votre savoir-faire*

**DOSSIER D'INSCRIPTION A POSTER COMPLET**  
au CFP Service formation Continue 59 rue Planchat 75020 PARIS

**Complétez votre dossier d'inscription avec votre employeur.**



**Votre dossier d'inscription doit contenir :**

**Pour les CQP :**

- Cette demande d'inscription complétée et signée.  
En retour le CFP vous indiquera, **par mail uniquement**, la procédure à suivre auprès d'OPCO EP Actaliens pour obtenir la prise en charge de votre CQP.

**Pour toutes les autres formations :**

- Cette demande d'inscription complétée et signée  
 La demande de prise en charge OPCO EP (**l'original + 1 copie**) téléchargeable sur [www.cfp.org](http://www.cfp.org)  
 1 copie de votre dernier bulletin de salaire, (si nouvelle embauche : 1 copie du contrat de travail)  
 1 copie de votre diplôme de Préparateur en Pharmacie ou de Docteur en Pharmacie

<b>PARTIE SALARIÉ</b>	Nom : _____
	Nom d'épouse : _____
	Prénom : _____
	Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Ville : _____
	Nationalité : _____
	N° Dpt : _____ Pays : _____
	Adresse : _____
	CP : _____ Ville : _____
	Tél : _____ Portable : _____
	<b>Email (obligatoire) :</b> _____
<input type="checkbox"/> Je suis salarié (e) : <input type="checkbox"/> en CDI <input type="checkbox"/> en CDD : Date d'embauche ____ / ____ / ____ précisez le nombre de mois _____	
<input type="checkbox"/> Je suis à la recherche d'un emploi	
Êtes-vous un ancien élève du CFP ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Année Scolaire : _____	
Êtes vous diplômé(e) : <input type="checkbox"/> Préparateur en Pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien adjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____	
Nom - Prénom du titulaire : _____	
Raison sociale : _____	
Adresse : _____	
CP : _____ Ville : _____	
Tél : _____ Fax : _____	
<b>Siret (obligatoire) :</b> _____	
<b>Email (obligatoire) :</b> _____	
J'autorise Mme/Mlle/M. _____	
A suivre la formation suivante : <i>cochez la formation choisie</i>	
<input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique <input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Maintien à domicile <input type="checkbox"/> Orthopédie <input type="checkbox"/> Le Préparatoire	
<input type="checkbox"/> L'Homéopathie <input type="checkbox"/> La Gemmothérapie <input type="checkbox"/> Contraception et infertilité <input type="checkbox"/> Plaies chroniques <input type="checkbox"/> Cancer Hormonodépendants	
Fait à _____ le : ____ / ____ / 20____	
SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR	
CACHET DE L'ENTREPRISE	

Nom et adresse de l'organisme de formation  
**CFPP IDF**

**59 RUE PLANCHAT**

**75020 PARIS**

## **Demande simplifiée de prise en charge pour les entreprises de 1 à 49 salariés - PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES**

A compléter et retourner, **avant le début de la formation**, à l'organisme de formation

Libellé de la formation : **Cycle long : Nutrition**

Dates : du 29/10/2021 au 11/03/2022 Lieu de la formation : **75020 PARIS**

### **L'ENTREPRISE / L'ÉTABLISSEMENT**

Nom / Raison sociale :

Nom de l'interlocuteur chargé du dossier :

Adresse :

Ville :

CP :

Tél. :

Fax :

Mail :

Profession :

Effectif (au jour de la demande) :

Siret :

### **DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**

Je soussigné(e),   
agissant en qualité de représentant(e) de l'entreprise ou de l'établissement,

demande la prise en charge des **frais pédagogiques** de l'action de formation selon les barèmes en vigueur d'OPCO EP.

demande la **participation aux frais de salaire**.

demande la prise en charge des **frais de transport et d'hébergement** liés à la réalisation de cette action de formation, selon les plafonds autorisés par OPCO EP et sur la base d'un trajet entreprise/lieu de formation. La distance sera calculée par Google Maps.

#### **DES QUESTIONS ?**

Contactez notre centre d'appels  
au **09 70 83 88 37**

N° DE DOSSIER (zone réservée OPCO EP)

**A**

#### **OPCO des Entreprises de Proximité**

4 rue du Colonel Driant • 75046 PARIS CEDEX 01 • Tél.: 09 70 838 837 • [opcoep.fr](http://opcoep.fr)

Siège social : 53, rue Ampère 75017 Paris • siret n°879 036 895 000 16 • code APE 9499 Z

OPÉRATEUR DE COMPÉTENCES AGRÉÉ PAR ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 29.03.2019

## SALARIÉS

### Salarié n° 1

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre  non-cadre

Date d'entrée entreprise

/ /

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

### Salarié n°2

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre  non-cadre

Date d'entrée entreprise

/ /

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

Je certifie que les bénéficiaires de l'action de formation, mentionnés dans la présente demande de prise en charge, sont bien salariés de l'entreprise ou de l'établissement pendant toute la durée de l'action et qu'ils ont bien été informés de leurs droits et obligations avant leur départ en formation.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

Cachet de l'entreprise ou de l'établissement

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les entreprises ou les établissements. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès d'OPCO EP.

### Important !

Les formations à destination des apprentis, des stagiaires et des intérimaires ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge d'OPCO EP.



### ACPPP / CFPP Centre Henri Delorme

59 rue Planchat 75020 PARIS

📞 01 43 56 30 30 - 📲 01 43 56 20 15

Métro ligne 2 - Alexandre Dumas Bus 76 - Charonne Bagnolet

Référent Handicap : Catherine Sanchez 01 43 56 33 61 [catherine.sanchez@cfpp.org](mailto:catherine.sanchez@cfpp.org)

Tous nos dossiers de formations sont téléchargeables sur [www.cfpp.org](http://www.cfpp.org)

Pour tous renseignements :

Sandrine GUYON 📞 : 01 43 56 32 14 📲 [sandrine.guyon@cfpp.org](mailto:sandrine.guyon@cfpp.org)  
Florence FLORENTIN 📞: 01 43 56 95 18 📲 [florence.florentin@cfpp.org](mailto:florence.florentin@cfpp.org)

Retrouvez nous sur

