

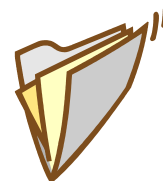
PHYTOTHÉRAPIE & AROMATHÉRAPIE

La formation tout au long de la vie...

Période :	8 novembre 2021 au 28 février 2022
Durée et rythme :	105 heures - 15 jours - LE LUNDI de 9h à 17h
Lieu :	CFPP - 59 rue Planchat 75020 PARIS
Public :	Préparateurs (trices) en Pharmacie et Pharmaciens Adjoints
Intervenant :	Sandrine Peyrat Préparatrice en pharmacie, titulaire du DIU Phytothérapie et Aromathérapie.
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none">✓ Acquérir les fondamentaux en phytothérapie et aromathérapie✓ Connaître les plantes et les huiles essentielles en prévention et en traitement✓ Enoncer des conseils en phytothérapie et aromathérapie✓ Développer le rayon phyto-aromathérapie <p>A l'issue de la formation vous serez capable de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Réaliser la délivrance et apporter les conseils dans le domaine de la Phytothérapie et l'aromathérapie en respectant la réglementation et les risques de toxicité.• Gérer le rayon phyto-aromathérapie
Programme :	<ul style="list-style-type: none">✓ Les fondamentaux✓ Législation, réglementation et précautions d'emploi✓ Revoir les différentes formes galéniques✓ Les principales pathologies et conseils au comptoir✓ Gestion d'un rayon
Certificat :	Certificat de formation
Nombre de places :	18
Financement :	Formation totalement prise en charge et sans aucune avance de frais pour l'employeur et le salarié. (nous contacter pour plus de renseignements) Coût de la formation : 42 € TTC de l'heure soit 4410 €
Formalités :	Complétez la demande d'inscription de ce catalogue avec votre employeur et suivez scrupuleusement les démarches d'inscription. Le formulaire de demande de prise en charge d'OPCO EP Plan est téléchargeable sur www.cfpp.org. 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 CFPP 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 CFPP 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.cfpp.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

PARTIE SALARIÉ	<p>Nom : _____</p> <p>Nom d'épouse : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de Naissance : ____/____/____ Ville : _____</p> <p>Nationalité : _____</p> <p>N° Dpt : _____ Pays : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>CP : _____ Ville : _____</p> <p>Tél : _____ Portable : _____</p> <p>Email (obligatoire) : _____</p> <p><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 _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis à la recherche d'un emploi</p> <p>Êtes-vous un ancien élève du CFPP ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Année Scolaire : _____</p> <p>Êtes vous diplômé(e) : <input type="checkbox"/> Préparateur en Pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien adjoint</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Autre, précisez _____</p>												
PARTIE EMPLOYEUR	<p>Nom - Prénom du titulaire : _____</p> <p>Raison sociale : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>CP : _____ Ville : _____</p> <p>Tél : _____ Fax : _____</p> <p>Siret (obligatoire) : _____</p> <p>Email (obligatoire) : _____</p> <p>J'autorise Mme/Mlle/M. _____</p> <p>A suivre la formation suivante : <i>cochez la formation choisie</i></p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique</td><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> L'Homéopathie</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie</td><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> La Gemmothérapie</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Nutrition</td><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Contraception et infertilité</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Maintien à domicile</td><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Plaies chroniques</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Orthopédie</td><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Cancer Hormonodépendants</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Le Préparatoire</td><td></td></tr></table> <p>Fait à _____ le : __ / __ / 20__</p> <p align="center">SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR</p> <p align="right">CACHET DE L'ENTREPRISE</p>	<input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique	<input type="checkbox"/> L'Homéopathie	<input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie	<input type="checkbox"/> La Gemmothérapie	<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Contraception et infertilité	<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Plaies chroniques	<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> Cancer Hormonodépendants	<input type="checkbox"/> Le Préparatoire	
<input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique	<input type="checkbox"/> L'Homéopathie												
<input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie	<input type="checkbox"/> La Gemmothérapie												
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Contraception et infertilité												
<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Plaies chroniques												
<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> Cancer Hormonodépendants												
<input type="checkbox"/> Le Préparatoire													

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 : Phytothérapie

Dates : du 08/11/2021 au 28/02/2022 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

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

Important !

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

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.



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

Tous nos dossiers de formations sont téléchargeables sur www.cfpp.org

Pour tous renseignements :

Sandrine GUYON ☎ : 01 43 56 32 14 💻 sandrine.guyon@cfpp.org

Florence FLORENTIN ☎ : 01 43 56 95 18 💻 florence.florentin@cfpp.org

Retrouvez nous sur



Instagram