

## LE PREPARATOIRE

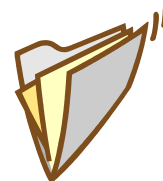
**Nouveau**

*La formation tout au long de la vie...*

<b>Période :</b>	<b>Tous les jours du lundi 13 au jeudi 30 septembre 2021</b>
<b>Durée et rythme :</b>	98 heures - 14 jours - de 9h à 17h
<b>Lieu :</b>	CFPP - 59 rue Planchat 75020 PARIS
<b>Public :</b>	Préparateurs (trices) en Pharmacie et Pharmaciens Adjoints
<b>Intervenants :</b>	<b>Christel LECLERCQ</b> - Préparatrice en Pharmacie Formatrice expérimentée dans les activités du préparatoire
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Connaître les bonnes pratiques de préparation (Article L5121-5)</li><li>✓ Maîtriser le logiciel de traçabilité et la réalisation de fiche de procédé</li><li>✓ Connaître les préparations pédiatriques et leurs particularités.</li><li>✓ Maîtriser la réalisation des principales formes galéniques allopathiques</li><li>✓ Maîtriser la réalisation des principales formes galéniques homéopathiques</li></ul> <p><b>A l'issue de la formation vous serez capable de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Respecter des bonnes pratiques de préparation, la démarche qualité et le contrôle à chaque étape de la fabrication</b></li><li>• <b>Mettre en œuvre les règles d'hygiène et de sécurité.</b></li><li>• <b>Maîtriser un logiciel de traçabilité</b></li><li>• <b>Réaliser tous les types de préparations (allopathiques, homéopathiques, préparations de doses à administrer...)</b></li></ul>
<b>Programme :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Les bonnes pratiques de préparation</li><li>✓ Traçabilité et utilisation d'un logiciel de préparation</li><li>✓ Rédaction de procédures</li><li>✓ Réalisation des différentes formes pharmaceutiques sèches, liquides, semi-solides...</li><li>✓ Manipulations sous PSM (poste sécurité microbiologie)</li><li>✓ Les produits dangereux et réglementation</li><li>✓ Les préparations pédiatriques, réglementation et contrôles</li><li>✓ Les préparations de doses à administrer</li><li>✓ Les préparations homéopathiques (BPP homéo)</li></ul>
<b>Certificat :</b>	Certificat de formation
<b>Nombre de places :</b>	15
<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 4116 €
<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.cfpp.org">www.cfpp.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' <b>OPCO EP</b> 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](http://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

<b>PARTIE SALARIÉ</b>	<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><b>Email (obligatoire) :</b> _____</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="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Autre, précisez _____</p>												
<b>PARTIE EMPLOYEUR</b>	<p>Nom - Prénom du titulaire : _____</p> <p>Raison sociale : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>CP : _____ Ville : _____</p> <p>Tél : _____ Fax : _____</p> <p><b>Siret (obligatoire) :</b> _____</p> <p><b>Email (obligatoire) :</b> _____</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 : le préparatoire

Dates : du 13/09/2021 au 30/09/2021 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

**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](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



Instagram