

Cette fiche doit être complétée par l'employeur et par le salarié(e)  
et envoyée au CFA en recommandé avec accusé de réception  
**AVANT LE 30 JUIN 2026 accompagnée des pièces suivantes :**

- une copie lisible recto-verso de la **carte d'identité**
- un **IBAN** (RIB) pour l'aide aux transports
- un exemplaire de votre **CV à jour + lettre de motivation**
- une copie du **diplôme** du **BP** ou du **DEUST** Préparateur-technicien en pharmacie
- pour les personnes qui passent l'examen du DEUST à la session 2026, le **relevé de notes** ou l'**attestation d'admission** délivrée par la faculté devra nous parvenir dès les résultats de juillet

**La formation étant limitée à 20 places,**  
**les candidats seront vus en entretien**  
**par M.Courtot.**  
**Les réponses seront données après**  
**le 17 juillet 2026.**

### LE SALARIE(E) :

NOM de jeune fille : ..... NOM d'épouse : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : ..... Ville : .....  
Pays : ..... Portable : ..... Email : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....

☐ Je suis déjà diplômé(e) du BP/DEUST préparateur technicien en Pharmacie.

Année : ..... au CFA de : .....

☐ Je suis actuellement en 2<sup>ème</sup> année de DEUST préparateur technicien en pharmacie au CFA de : .....

☒ J'ai pris connaissance auprès de l'OPCO EP des conditions de prise en charge financière de la formation

<https://www.opcoep.fr/criteres-de-financement?branche=175> ou l'**OPCO EP** au 09 70 838 837

### L'EMPLOYEUR :

Nom de la pharmacie : .....  
Nom(s) et prénom(s) de l'employeur : .....  
Adresse de la pharmacie : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Email pharmacie : .....

J'autorise Mme/M ..... à suivre la formation du CQP de Dermo-Cosmétique Pharmaceutique pour 2026-2027.

**Merci de nous préciser la nature du contrat qui vous liera avec le salarié(e) pendant la formation du CQP :**

.....

☒ J'ai pris connaissance auprès de l'OPCOEP des conditions de prise en charge financière de la formation

<https://www.opcoep.fr/criteres-de-financement?branche=175> ou l'**OPCO EP** au 09 70 838 837

Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'employeur et **cachet de l'entreprise** :

Signature du salarié(e) :