

# FEUILLE D'INSCRIPTION 2026-2027

## CQP DERMO-COSMETIQUE PHARMACEUTIQUE

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) :