

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 est limitée à 15 places.**  
**Les candidats auront un entretien téléphonique avec M. Dardenne.**  
**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

Le stagiaire a-t-il une RQTH : .....

Le stagiaire a-t-il des besoins d'adaptations spécifiques pour suivre la formation dans les meilleures conditions ?

**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 Dispensation du Matériel Médical à l'Officine 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) :