

DOSSIER DE CANDIDATURE

PREREQUIS

pour accès à la formation



RENSEIGNEMENTS				
Date : *	Apprenant en accord avec son employeur	Apprenant recherchant un employeur (voir listing « demande de pharmacies » au CFA)	Employeur pour un de ses employés	Employeur recherchant un BP désireux de faire le CQP (voir listing « demande d'élève » au CFA)
Demande par (cocher) *				
Suite présentation aux BP sortants ou en visite officine (cocher) *				
Diplôme BP date et lieu : * + copie diplôme ou notes obtenues				
Coordonnées : - nom-prénom - adresse - n° de téléphone - mail	Apprenant : *		Titulaire : *	

EVALUATION MOTIVATION ET COMPETENCES		
	Apprenant *	Titulaire *
Circonstances de la rencontre (téléphone, en présentiel, à l'officine, au CFA,...)		
Mise en œuvre à l'issue de la formation et attentes		
Objectif pour chacun : responsabilité de gamme(s) ? (développer)		
Objectif pour chacun : responsabilité totale de l'espace de Para ? (développer)		

Aptitudes à l'apprentissage pédagogique		
Apprentissage de cours, travail en groupe, participation orale... ? (développer)		
Niveau informatique : Bon, Moyen, Médiocre ?		
Avez-vous des <u>besoins spécifiques</u> que nous devrions connaître afin d'adapter au mieux le déroulement de la formation (pédagogie, horaires, placement en classe, trousse de médicaments, ...) ?		Adaptation (mobilier, horaires, documents...) chez l'employeur ?
Renseignements Complémentaires que vous désirez partager avec nous :		
Analyse et commentaires par Mme Gravoulet (présidente AFPMM) et Mme Froidevaux (responsable des inscriptions) pour validation OUI/NON de l'inscription	<p>---Type de contrat (entourer) : Contrat de Pro BP sortant ou Action Individuelle ---</p> <p>Date et Signatures de Mme Gravoulet et Mme Froidevaux:</p> <p>Validation (entourer) : OUI / NON</p>	

Pour toute Réclamation, déposez votre demande sur :

reclamationcgpdcpharma54@gmail.com

* champ obligatoire