

DOSSIER DE CANDIDATURE PREREQUIS

pour accès à la formation



| RENSEIGNEMENTS | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Date : * | Apprenant en accord avec son employeur | Apprenant recherchant un employeur <small>(voir listing « demande de pharmacies » au CFA)</small> | Employeur pour un de ses employés | Employeur recherchant un BP désireux de faire le CQP <small>(voir listing « demande d'élève » au CFA)</small> |
| Demande par <small>(cocher) *</small> | | | | |
| Suite présentation aux BP sortants ou en visite officine <small>(cocher) *</small> | | | | |
| 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 <small>(téléphone, en présentiel, à l'officine, au CFA,...)</small> | | |
| Mise en œuvre à l'issue de la formation et attentes | | |
| Objectif pour chacun : responsabilité de gamme(s) ? <small>(développer)</small> | | |
| Objectif pour chacun : responsabilité totale de l'espace de Para ? <small>(développer)</small> | | |

| Aptitudes à l'apprentissage pédagogique | | |
|--|--|---|
| Apprentissage de cours, travail en groupe, participation orale... ? (développer) | | |
| Niveau informatique : Bon, Moyen, Médiocre ? | | |
| Avez-vous une information à nous signaler sur votre santé afin d'adapter au mieux le déroulement de la formation (pédagogie, placement en classe, trousse de médicaments à votre disposition...) ? | | Adaptation (mobilier, horaires, documents...) chez l'employeur ? |
| Renseignements Complémentaires que vous désirez partager avec nous : | | |
| Analyse et commentaires par Mr Denry 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 Mr Denry et Mme Froidevaux:</p> <p>Validation (entourer) : OUI / NON</p> | |

Pour toute Réclamation, déposez votre demande sur :
reclamationcqpdcpharma54@gmail.com

* champ obligatoire