

**Photo**

**Etudiant**

**À coller**

 **Fiche de renseignements/INSCRIPTION au CFA – DEUST Préparateur Technicien en Pharmacie**

**Rentrée Septembre 2023 (Document à compléter le plus précisément possible) Classe :**

**ETUDIANT EMPLOYEUR**

Nom : Prénom : Dénomination de l’entreprise :

Adresse : Adresse :

Code postal : Ville : Code postal : Ville :

Tel (fixe) : Tel (portable) : Tel (fixe) : Tel (portable) :

Mail : Mail :

N° SS : N° INE : N° SIRET : Code NAF :

Date de naissance : Commune de naissance : Convention collective (code IDCC) :

Personne à prévenir en cas d’urgence : Type d’employeur\* : Employeur spécifique\* :

Si l’étudiant a – de 18 ans : Effectif de l’entreprise :

Nom, prénom et adresse du représentant légal :

Reconnaissance travailleur handicapé (RQTH) : □ OUI □ NON

Situation avant contrat\* : Concernant le Maître d’apprentissage :

Titre du Dernier diplôme préparé\* : 1/Nom : Prénom : Date de naissance :

Dernière classe fréquentée\* : Fonction dans l’entreprise : Ancienneté :

Diplôme le plus élevé obtenu\* : 2/Nom : Prénom : Date de naissance :

Code postal du dernier établissement fréquenté : Fonction dans l’entreprise : Ancienneté :

 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Type de contrat : □ Contrat d’apprentissage □ Contrat de professionnalisation □ Formation professionnelle

Date de début du contrat : Date de fin du contrat : Durée :

(Ci-joint un document permettant de répondre au éléments signalés par une \*)

**Si vous avez une reconnaissance de travailleur handicapé et/ou si vous avez des questions ou des besoins particuliers vous pouvez vous adresser à Emilie PELINARD (Référente Handicap).**

**Dossier à rapporter au CFA avec les pièces suivantes :**  Copie du diplôme ou du relevé de note du BAC – Attestation responsabilité civile – 3 enveloppes timbrées à l’adresse du pharmacien (format 110 x 220) -1 deuxième photo d’identité pour la carte d’étudiant

**Vous trouverez au dos de ce document le consentement RGPD à compléter et à signer.**

**CFA DE LA PHARMACIE – Pôle Formation Santé – 22 Rue Jules Vallès – 19100 BRIVE – Tel.0555233433 – Mail : prep.pharm@orange.fr**

**Consentement RGPD**

**Règlement Général sur la Protection des Données**

Le 25 mai 2018, le RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) est entré en application : il s’agit essentiellement de protéger les personnes physiques à l’égard du traitement et de la diffusion des données à caractère personnel.

Nous vous informons donc qu’en ce qui concerne le CFA, nous nous engageons à utiliser vos données personnelles uniquement pour un usage pédagogique (relevés de notes…) et administratif (fiche d’inscription, contrat, convention de formation…) et ce pour un usage interne à notre établissement.

Les informations qui nous sont demandées par les organismes officiels gestionnaires ou de contrôle sont transmises par voie électronique et avec des applications sécurisées et répondant aux exigences de la loi.

Après avoir pris connaissance de ce document, nous vous demandons de bien vouloir le dater et le signer.

 L’étudiant L’employeur

 Nom : Nom :

 Date : Date :

 Signature : Signature :