

Feuille de pré engagement

Formation de Préparateur en Pharmacie Hospitalière

VOIE DE L'APPRENTISSAGE

Cadre légal : Arrêté du 31 juillet 2024

Session 2025/2026

CANDIDAT :

NOM

PRENOM

Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

20 rue de Belletanche

57000 METZ

Tel : 03 87 76 40 44

cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

www.ecolesantemetz.com



NATURE DE LA PRISE EN CHARGE

Demande réalisée dans le cadre d'un contrat d'apprentissage avec un établissement de santé.

Pour rappel, l'établissement hospitalier réalisant le contrat d'apprentissage doit se situer en région Grand-Est (Alsace, Champagne-Ardennes, Lorraine) ou Bourgogne/Franche-Comté.

Le candidat doit avoir moins de 30 ans à la date de signature du contrat d'apprentissage.

Etablissement hospitalier :

NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE _____

Etat actuel de la demande :

Accepté

En attente de décision (précisez si possible la date de réponse) : _____

Identification de la personne en charge du dossier administratif :

NOM et PRENOM _____

QUALITE _____

SERVICE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

MAIL _____

TELEPHONE _____

Identification du maître de stage ou tuteur de stage du candidat :

NOM et PRENOM _____

QUALITE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

MAIL _____

TELEPHONE _____

LETTRE DE PRE-ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

Document à compléter et à faire signer impérativement par la Direction des Ressources Humaines

Attention : *la signature de ce document vaut engagement de la réalisation
d'un contrat d'apprentissage*

NOM DE L'ETABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

NOM DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER : _____

TELEPHONE _____

MAIL : _____

L'établissement s'engage à accueillir :

Madame, Monsieur _____

En tant qu'apprenti(e) pour l'année scolaire 2025/2026,

*sous réserve de satisfaire aux conditions d'entrée et de faire partie de la liste des candidat(e)s
retenu(e)s à l'issue de l'entretien de motivation.*

Cachet de l'établissement de Santé :

Date :

Signature du Directeur des Ressources Humaines de l'Etablissement :

*Rappel : la signature d'un contrat d'apprentissage avec un Etablissement de santé est soumise à une
limite d'âge de moins de 30 ans à la date de signature du contrat, sauf dérogation prévue par l'article 2
du Décret 2005-129 du 15 février 2005.*