

DOSSIER DE CANDIDATURE

FORMATION DE PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE

VOIE DE L'APPRENTISSAGE

Cadre légal : Arrêté du 02 août 2006 modifié

SESSION 2024/2025

DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS : 31 MAI 2024

CANDIDAT :

PHOTO
(récente)

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



IDENTITE DU CANDIDAT

Civilité : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Nationalité :
Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance :
Numéro de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ Clé : _ _
Numéro INE ou BEA : (inscrit sur le relevé de notes du baccalauréat)
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> En concubinage
Adresse : Code postal : Ville :
Téléphone :
Nous vous demandons de bien vouloir créer une adresse mail selon le schéma suivant : <p style="text-align: center;">prénom.nomdejeunefille@yahoo.com</p> <p>Si l'adresse est déjà existante, veuillez rajouter un chiffre après le nom de jeune fille en débutant par 0 et jusqu'à trouver une adresse libre. L'adresse devra rester identique tout au long de l'année, et valide jusqu'à 6 mois après la fin de la formation. Elle sera la seule utilisée pour toute communication avec le CFPPH.</p> <p>Exemple : christophe.chartier3@yahoo.com</p> Adresse mail : _____@yahoo.com

FORMATIONS SUIVIES

 **Baccalauréat :**

OUI NON

Série : _____

Date d'obtention : _____

 **Brevet Professionnel ou DEUST Préparateur/Technicien en Pharmacie :**

OUI NON

Date d'obtention : _____

En cours d'obtention (date des résultats) : _____

 **Autres diplômes obtenus :**

<i>Intitulé du diplôme</i>	<i>Adresse de l'école ou de l'université</i>	<i>Date d'obtention</i>

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 _____

LETTRÉ DE PRE-ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

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'ÉTABLISSEMENT : _____

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 2024/2025,

*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'Établissement :

Rappel : la signature d'un contrat d'apprentissage avec un Établissement 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.

CONSTITUTION DU DOSSIER

+ Pièces à fournir :

- ✓ Dossier de candidature ci-joint dûment complété, daté et signé
 - ✓ Photocopie du Brevet Professionnel ou DEUST de Préparateur/Technicien en Pharmacie si déjà obtenu
 - ✓ Photocopie du relevé des notes obtenues au Brevet Professionnel ou DEUST de Préparateur/Technicien en Pharmacie
 - ✓ Photocopie des bulletins scolaires des deux années de préparation au Brevet Professionnel ou DEUST de Préparateur/Technicien en Pharmacie
 - ✓ Photocopie du baccalauréat et des autres diplômes ou attestations obtenues
 - ✓ Photocopie de l'AFGSU Niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) si obtenue
 - ✓ Photocopie de l'attestation de formation de conducteur de stérilisateur à vapeur d'eau si obtenue
 - ✓ Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité ou d'un justificatif d'état civil
 - ✓ Curriculum vitae
 - ✓ Lettre de candidature
 - ✓ 3 photographies récentes avec nom au dos, l'une d'elles devant figurer sur la page d'accueil du dossier
 - ✓ 4 enveloppes timbrées libellées au nom et adresse du candidat
- Attention :** tout changement d'adresse après réception du dossier devra être signalée au secrétariat du CFPPH
- ✓ Autorisation de diffusion des résultats ci-jointe dûment renseignée. Notez que si vous ne l'autorisez pas, les résultats vous seront uniquement communiqués par voie postale.
 - ✓ Certificat médical et attestation médicale de vaccination (cf pages 6 à 9) complets et à jour, à fournir au plus tard au premier jour de la rentrée en formation

+ Modalités d'envoi :

- ✓ **Date d'ouverture des inscriptions** : 1^{er} décembre 2023
- ✓ **Date de fin des inscriptions** : 31 mai 2024
- ✓ Envoi à effectuer par courrier ou à déposer à l'adresse suivante :

Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Lycée Robert Schuman
20 rue de Belletanche
57000 METZ

Rappel : l'inscription définitive est soumise à la réussite à l'entretien de motivation.



Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
20 rue de Belletanche
57000 METZ
Tél : 03 87 76 40 44
cfph.secretariat@chr-metz-thionville.fr
www.ecolesantemetz.com

Informations concernant le dossier médical de l'étudiant

Vous devez impérativement remettre au secrétariat du CFPPH de Metz :

- ❑ le certificat médical ci-joint, complété par un médecin agréé¹

- ❑ l'attestation médicale de vaccination obligatoire ci-jointe, complétée par votre médecin traitant

¹ La liste des médecins agréés est consultable sur internet ou peut être demandée à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale – DRJSCS – du département



Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
20 rue de Belletanche
57000 METZ
Tél : 03 87 76 40 44
cfph.secretariat@chr-metz-thionville.fr
www.ecolesantemetz.com

CERTIFICAT MEDICAL **A faire compléter par un médecin agréé²**

Je soussigné,

Nom et prénom du Praticien :

Adresse du cabinet :

Téléphone :

certifie que M _____, né(e) le

candidat(e) à l'inscription à la formation de préparateur en pharmacie hospitalière
ne présente aucune contre-indication :

- physique et psychologique à l'exercice de la profession sus-citée
- à l'exposition aux rayonnements ionisants en sources non scellées
- à la manipulation et à la préparation de substances cytotoxiques (cancérogène et mutagène)


Fait à :

Le :

Signature du Praticien :

Cachet du Praticien :

² La liste des médecins agréés est consultable sur internet ou peut être demandée à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale – DRJSCS – du département

	ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE	DRHS/PNM P-002 V7-03/2021
Département des Ressources Humaines en Santé		

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A
REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION au plus tard le jour de la rentrée.

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE

1ère injection le : /.... /.....	1 ^{er} Rappel : /.... /.....	Age:
2ème injection le : /.... /.....	2 ^{ème} Rappel : /.... /.....	Age:
3ème injection le : /.... /.....	3 ^{ème} Rappel : /.... /.....	Age:
	4 ^{ème} Rappel : /.... /.....	Age:
	5 ^{ème} Rappel : /.... /.....	Age:

HEPATITE B

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB** est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps :

Taux d'anticorps anti Hbs	>100 UI/L	immunisé
	10 -100 UI/L	réaliser Ag HBs (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<10	non protégé : Reprendre le schéma vaccinal
En cas de doute : <u>CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS</u>		

Immunisation : Oui Non

FIEVRE TYPHOIDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.

VACCINS RECOMMANDES*

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

BCG - pour information

Le [décret n°2019-149 du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles [R.3112-1 C](#) et [R.3112.2](#) du code de la santé publique.

Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1^{er} avril 2019. Toutefois, il appartiendra **aux médecins du travail** d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que Mme – Mr

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

SIGNATURE DU MEDECIN :

CACHET :

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>



EPREUVES DE SELECTION

Le CFPPH de Metz du CHR Metz-Thionville est un établissement public, et à ce titre est soumis à la circulaire DHOS/G n°2005-57 du 02/02/2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé. Aussi, les signes et tenues qui manifestent ostensiblement l'appartenance à une religion sont interdits.

✓ **Jury de sélection du dossier :**

A l'issue du jury de sélection des dossiers, une convocation à l'entretien de motivation sera adressée aux candidats dont le dossier est recevable (engagement d'un établissement de santé pour la signature d'un contrat d'apprentissage, BP ou DEUST de Préparateur en Pharmacie acquis/ ou en cours d'acquisition et remise du dossier complet).

Tout dossier non recevable sera retourné au candidat concerné après les entretiens de motivation.

✓ **Date de l'entretien de motivation : 24 ou 25 juin 2024.**

Le candidat doit se présenter muni de sa convocation et de sa carte d'identité.

✓ **Contenu de l'épreuve :**

L'épreuve de sélection consiste en un entretien oral de motivation de 10 minutes devant un jury composé de 3 personnes :

- ✚ un Pharmacien Praticien Hospitalier
- ✚ le Directeur du CFA ou son représentant
- ✚ un Préparateur en Pharmacie Hospitalière

L'épreuve porte sur les points suivants :

- ✚ présentation du candidat et expériences professionnelles
- ✚ motivation à suivre la formation
- ✚ projet professionnel (orientations professionnelles envisagées)

L'entretien est suivi de 10 min de questions et d'échanges avec le jury.

✓ **Résultats : 26 juin 2024 à 9h00.**

Les résultats sont mis à disposition sur le site internet : www.ecolesantemetz.com rubrique « Sélection / Résultats ». Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

Un courrier est adressé à chaque candidat quel que soit son résultat.

✓ **Date de début de formation : lundi 02 septembre 2024**



Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

Lycée Robert Schuman

20 rue de Belletanche

57000 METZ

Tel : 03 87 76 40 44

cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

www.ecolesantemetz.com

AUTORISATION DE DIFFUSION OU D’AFFICHAGE

Je soussigné (e) Mme ou M.....

AUTORISE

N’AUTORISE PAS

le centre de formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière de Metz à faire apparaître mon nom sur le site internet ou sur le tableau d’affichage du CFPPH de Metz.

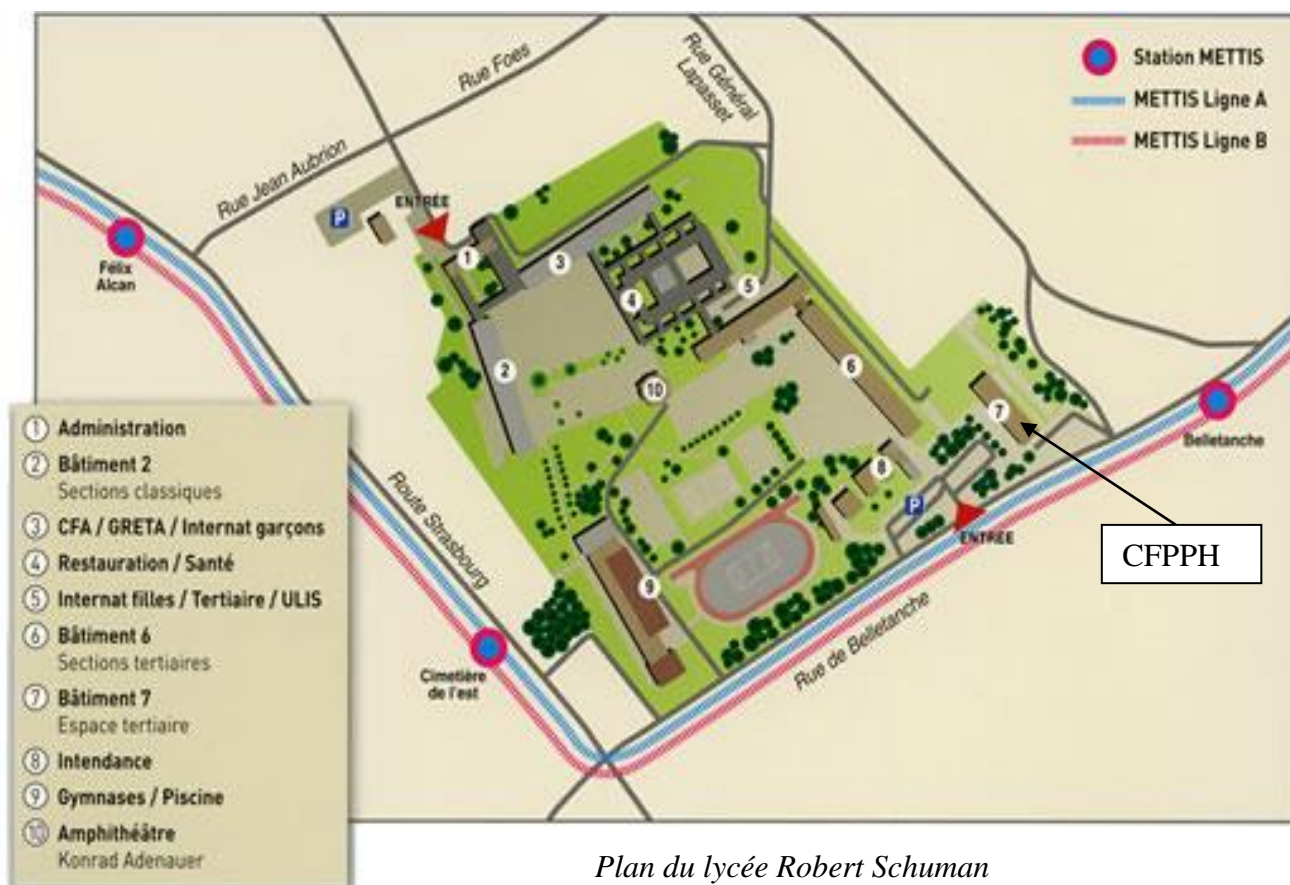
A....., le

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

PLAN D'ACCES

Le CFPPH de Metz est situé dans le bâtiment 7 du lycée Robert Schuman. L'accès peut se faire :

- en voiture : axes de contournement du centre-ville (A 315 ou RN 3 puis RN 233 en provenance du nord ou de l'est, RN 431 en provenance du sud). Remarque : l'autoroute A31 est très chargée et les entrées de Metz sont difficiles aux heures de pointe. Le stationnement s'effectue autour du lycée Robert Schuman.
- en train : la gare SNCF est à environ 20 minutes de marche et très bien desservie par les transports en commun, tel que le Mettis. La gare TGV Lorraine est située au sud de Metz, des navettes assurent le transit vers Metz.
- en tramway (Mettis) : ligne A ou B direction arrêt « Belletanche » (de la gare suivre la direction Borny ou Hôpital de Mercy).



Plan du lycée Robert Schuman