

DOSSIER DE CANDIDATURE

FORMATION DE PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE

VOIE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Cadre légal : Arrêté du 02 août 2006 modifié

SESSION 2024/2025

DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS : 23 FEVRIER 2024

*PHOTO
(récente)*

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



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

- Je fais une demande dans le cadre de la formation professionnelle continue du plan de formation de mon établissement :

Etablissement hospitalier :

NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE _____

Etat actuel de la demande :

- Accepté
 En attente de décision (précisez si possible la date de commission) : _____

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 _____

- Je fais une demande dans le cadre de : Transitions Pro, UNIFAF ou auprès d'un autre OPCO (OPérateur de Compétences)**

Organisme de prise en charge:

ORGANISME _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER ADMINISTRATIF : _____

Etablissement hospitalier ou officine :

NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE _____

Etat actuel de la demande :

- Accepté
 En attente de décision (précisez si possible la date de commission) : _____

- Je fais une demande dans le cadre de Pôle Emploi et/ou CPF**

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER ADMINISTRATIF : _____

Etat actuel de la demande :

- Accepté
 En attente de décision (précisez si possible la date de commission) : _____

- Prise en charge en autofinancement**

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
 - ✓ 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
 - ✓ Un chèque de 60 euros libellé à l'ordre de l'Agent comptable du GRETA Lorraine Nord (frais des droits d'inscription aux épreuves de sélection)
 - ✓ 4 enveloppes timbrées libellées au nom et adresse du candidat
- Attention :** tout changement d'adresse après réception du dossier devra être signalé 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 : 23 février 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

A la réception des documents, une convocation à l'épreuve écrite d'admissibilité vous sera adressée.



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

FIÈVRE TYPHOÏDE - 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, pour chacune des épreuves, les signes et tenues qui manifestent ostensiblement l'appartenance à une religion sont interdits.

Epreuve écrite d'admissibilité

- ✓ **Date de l'épreuve : mercredi 13 mars 2024 à 14h00 – Bâtiment 7 – Salle Polyvalente**
Veuillez-vous présenter à 13h15 pour l'inscription, muni(e) de votre convocation et de votre carte d'identité.
Une information sur les modalités des épreuves de sélection sera réalisée à 13h45.

- ✓ **Contenu de l'épreuve :**

L'épreuve écrite d'admissibilité, anonyme, d'une durée de 2 heures, est notée sur 20 points. Elle porte sur des questions issues d'un sujet d'actualité sanitaire, en relation avec le domaine pharmaceutique. Les annales des concours des années précédentes sont disponibles sur le site www.ecolesantemetz.com rubrique « Sélection ».

L'épreuve est évaluée par un groupe d'examineurs comprenant 2 personnes :

- un Pharmacien Praticien Hospitalier
- un Cadre de Santé Préparateur en Pharmacie Hospitalière

Pour être admissible, il est nécessaire d'avoir obtenu une note au moins égale à 10/20.

- ✓ **Date du jury d'admissibilité : mercredi 03 avril 2024 à 9h00**

A cette occasion, une péréquation des notes des deux correcteurs est effectuée.

- ✓ **Résultats : mercredi 03 avril 2024 à 14h00**

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

Un courrier est adressé à chaque candidat quel que soit son résultat et une convocation à l'épreuve d'admission est envoyée, le cas échéant.

Epreuve orale d'admission

- ✓ **Date de l'épreuve : lundi 15 ou mardi 16 avril 2024 entre 9h00 et 17h00 – Bâtiment 7 – Salle 7001**

- ✓ **Contenu de l'épreuve :**

L'épreuve orale d'admission, notée sur 20 points, d'une durée de trente minutes maximum, consiste en un exposé suivi d'une discussion, destinés à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel. Elle est réalisée à partir d'un dossier de cinq pages maximum, fourni par le candidat, exposant son expérience professionnelle, ses motivations à la formation et son projet professionnel (orientations professionnelles envisagées).

Elle est évaluée par un groupe d'examineurs composé de 3 personnes :

- un pharmacien praticien hospitalier
- un préparateur en pharmacie hospitalière, cadre de santé
- un préparateur en pharmacie hospitalière

Pour pouvoir être admis, les candidats doivent obtenir une note au moins égale à 10/20.

- ✓ **Jury d'admission : mardi 16 avril 2024 à 17h00**

- ✓ **Résultats : disponibles à partir du mercredi 17 avril 2024 à 9h00**

Ils sont mis à disposition sur le site internet www.ecolesantemetz.com dans la rubrique « Sélection / Résultats ». Aucun résultat ne sera transmis par téléphone. Un courrier est adressé à chaque candidat quel que soit son résultat. Les candidats sont classés par ordre :

- de mérite sur liste principale dans la limite des places disponibles
- en rang utile sur liste complémentaire : les candidats sont informés des places disponibles au fur et à mesure des désistements.

Si dans les 15 jours suivant la publication des résultats d'admission, un candidat sur liste principale ou complémentaire n'a pas confirmé par écrit son souhait d'entrer en formation, il est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement sur liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.

- ✓ **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

Tél : 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.

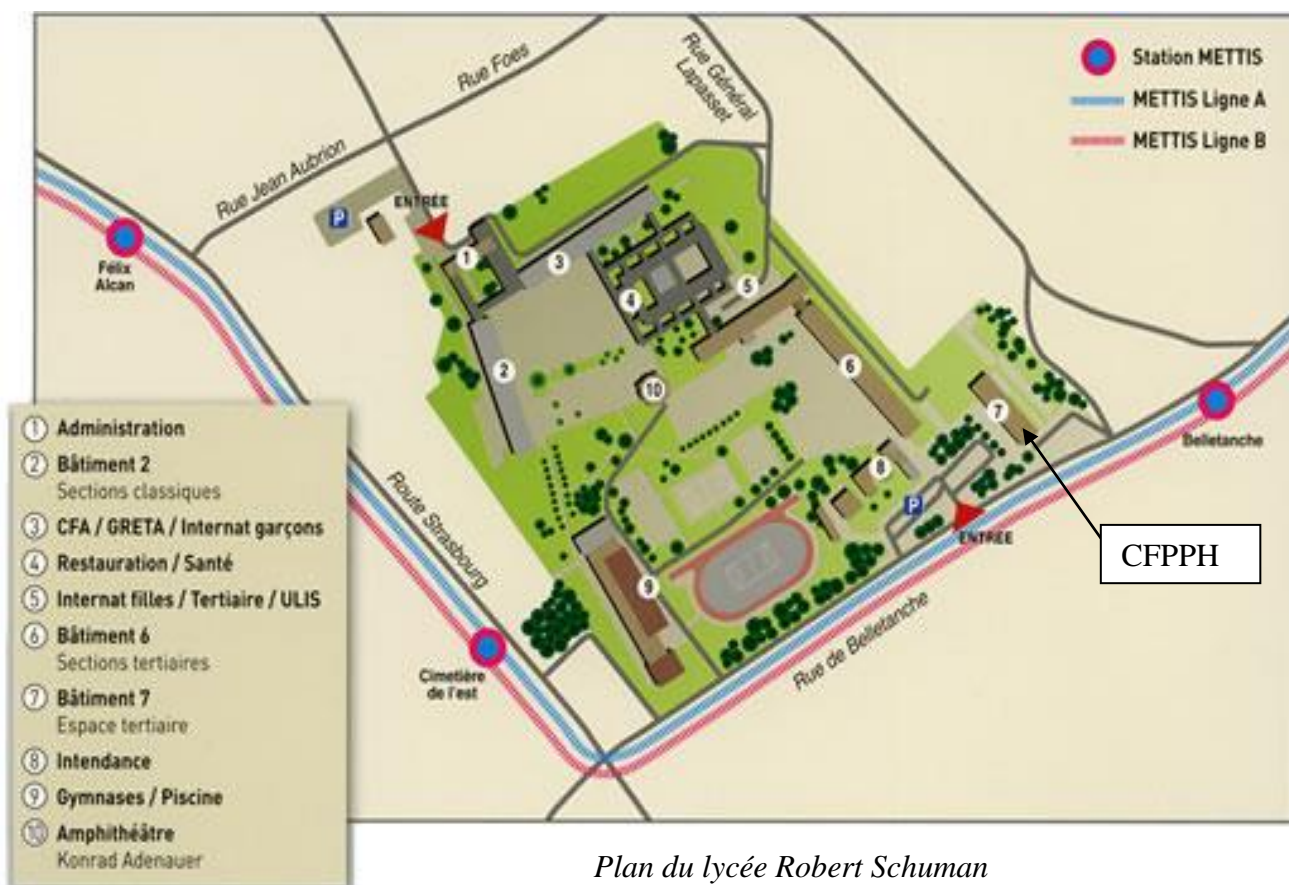
A....., le

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