FICHE DE PRÉ-ENGAGEMENT
ÉTABLISSEMENT SIGNATAIRE DU CONTRAT D'APPRENTISSAGE

(À faire remplir par la DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES et à ajouter complétée au dossier d'inscription)

Si vous avez trouvé un terrain d'apprentissage dans un établissement de santé, faites remplir ce document par la Direction des Ressources Humaines.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

Catégorie : ☐ **Public** ☐ **Privé**

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TÉLÉPHONE : /_____/_____/_____/_____/_____/

FAX : /_____/_____/_____/_____/_____/

N° FINESS (juridique) **:** ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

N° SIRET : ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

DIRECTEUR GENERAL : _____

DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES : _____

EMAIL DE LA DRH : _____

	MAITRE D'APPRENTISSAGE	PHARMACIEN CHEF DE SERVICE
Nom Prénom		
Service		
Tél		
Email		

Envisage de prendre en apprentissage, sous réserve d'acceptation du dossier, du classement final et dans la limite de ___ place(s)*

*Indiquer le nombre de contrats d'apprentissage qui seront signés

NOM DE L'APPRENTI(E) : _____

A compter du <u>1er septembre 2027</u> (*) pour une durée d'un an et jusqu'au <u>31 août 2028</u>.

(*) Date du début du contrat d'apprentissage pouvant être soumise à modification

Cachet de l'Etablissement

Date et signature du Directeur des Ressources Humaines

REMARQUE : A titre indicatif, le coût de formation pour la session 2025-2026 était de 8550 €. Le tarif 2026-2027 sera communiqué sur notre site internet début janvier 2026. Ce coût est dû en totalité par l'Etablissement de Santé signataire du contrat d'apprentissage. Une convention de formation sera adressée par le CFA de l'ARCPP de Villeneuve d'Ascq.

PS : *La signature de ce document n'engage pas l'Établissement de santé de manière définitive. Seul le contrat d'apprentissage « Cerfa FA13 » est le document de validation officiel.*

L'ensemble des données fournies au C.F.P.P.H. est utilisé à visée administrative et ne fera l'objet d'aucune diffusion à but publicitaire (mention CNIL)