



**B P PRÉPARATEUR EN PHARMACIE**

Fiche de pré-inscription 2021  
à **compléter lisiblement** et à  
**joindre aux pièces**  
**complémentaires**

**Aucune réservation de place,  
inscription définitive à  
réception du contrat signé.**

**À compléter en lettres MAJUSCULES**

NOM : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....      Age : ..... ans      Sexe : M / F

Nationalité : .....

Lieu de naissance : Ville .....

   Département : .....      Pays : .....

Adresse postale : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Portable : |...|...|...|...|...|      Téléphone fixe : |...|...|...|...|...|

Mail:.....@.....

(à consulter régulièrement) **Merci de vérifier dans vos spams / indésirables**

**Cochez la case correspondant à votre situation en 2020/2021 (uniquement cette année précisément) :**

- Étudiant** - Dernière année suivie et formation, précisez : .....
- Si vous êtes issu de PACES , précisez l'année : .....
- Lycéen** - Dernière classe suivie :     Terminale générale     Terminale Technologique     Terminale Professionnelle
- Précisez la spécialité : .....
- Précisez les Nom et adresse complète du dernier établissement fréquenté : .....
- .....
- Salarié**(CDI/CDD) et précisez l'emploi occupé : .....
- Autre situation précisez : .....
- Au chômage** : Indiquez le nombre de mois / année : ..... - Inscrit au Pôle Emploi : votre N° IDE : .....
- Percevez – vous le RSA / ASS / AAH ? Oui / Non
- Inscrit dans une mission locale ou autre organisme ou action. Si oui, précisez l'adresse et dans quel département :**
- .....

**Diplômes  
obtenus :**

Intitulé du diplôme et spécialité	Année	Si diplôme étranger, cochez

<i>Cochez la case correspondante et complétez si besoin</i>	salon ou forum, Précisez	Par votre Etablissement Scolaire	Par un CIO ou une Mission Locale	Internet, précisez le site	Un parent, un ami	Un Pharmacien	Autre (Précisez)
Comment avez-vous connu notre CFA ?							

Avez-vous assisté à l'une de nos Journées Portes Ouvertes ?     OUI     NON      date :    /    / 2021

Avez-vous fait un stage en pharmacie ?  OUI     NON      Si OUI Nom et adresse de la pharmacie :

.....