

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### ADMINISTRATION DES VACCINS À L'OFFICINE

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b><u>L'ENTREPRISE</u></b> (joindre un chèque de 25€* à l'ordre de l'IFMP pour le plateau repas)                 |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Raison sociale :                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| SIRET :                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Adresse :                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Nom et prénom du titulaire :                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Téléphone :                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    | Fax :                             |
| Email :                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| <b><u>LE/LA STAGIAIRE</u></b> : (joindre le dernier bulletin de salaire)                                         |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Nom et Prénom :                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                    | Nom de jeune fille si différent : |
| Date et lieu de naissance :                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Adresse :                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Tél. portable :                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Email :                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Fonction :                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| Année d'obtention du BP/DEUST « préparateur en pharmacie » :                                                     |                                                                                                                                                                                                                    | Dans quel CFA :                   |
| Année d'obtention du Doctorat « pharmacie » :                                                                    |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| <b>OBLIGATOIRE</b> : Faire la demande de prise en charge auprès d'OPCO EP / FIFPL avant le début de la formation |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| <b>La vaccination à l'officine</b>                                                                               | <b>Date : 09/04/2026</b>                                                                                                                                                                                           | Durée : 7 h                       |
| Joindre à la demande :                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                         | <b>* Chèque « plateau repas » à l'ordre de l'IFMP d'un montant de :</b><br><br><i>Merci de rayer la mention si vous ne souhaitez pas en bénéficier</i><br><br>Frais annexe pouvant être pris en charge par OPCO EP | 25 €                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                         | <b>Dernier bulletin de salaire</b>                                                                                                                                                                                 |                                   |

Fait à

Le

Signature du stagiaire

Signature du chef d'entreprise et cachet