

HOMEOPATHIE

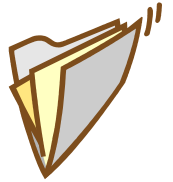


La formation tout au long de la vie...

Période :	De 23 novembre 2017 au 22 Février 2018
Durée et rythme :	84 heures - 12 jours - le jeudi de 9h à 17h
Lieu :	CFPP - 59 rue Planchat 75020 PARIS
Public :	Préparateurs (trices) en Pharmacie et Pharmaciens Adjoints
Intervenant :	Sandrine Peyrat Préparatrice en pharmacie, titulaire du Diplôme d'enseignement supérieur en Homéopathie (Société Médicale de Biothérapie)
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none">✓ Connaitre les fondements de l'homéopathie✓ Réaliser un conseil homéopathique sur les pathologies aiguës les plus courantes au comptoir✓ Savoir dresser une fiche conseil✓ Commenter une ordonnance et donner des conseils associés✓ Animer l'espace homéopathie dans l'officine✓ Gérer l'espace homéopathie (gestion de stock, relations avec les laboratoires ...)
Programme :	<ul style="list-style-type: none">✓ Les bases de l'homéopathie : définitions✓ Les grandes notions en homéopathie : similitude, pathogénésies, infinitésimalité, individualisation (le terrain) diathèse et constitution✓ Le conseil homéopathique au comptoir✓ Savoir composer une trousse de base (sportif, grossesse, enfant ...)✓ Pathologies officinales : étude de situations cliniques et thérapeutiques✓ Homéopathie vétérinaire
Certificat :	Certificat de formation
Nombre de places :	18
Financement :	Formation totalement prise en charge et sans aucune avance de frais pour l'employeur et le salarié. (nous contacter pour plus de renseignements) Coût de la formation : 2400 € HT soit 200 € par jour. <i>En attente de conventionnement</i>
Formalités :	Complétez la demande d'inscription de ce catalogue avec votre employeur et suivez scrupuleusement les démarches d'inscription. Le formulaire de demande de prise en charge d'Actaliens Plan est téléchargeable sur www.cfpp.org. Les dossiers complets seront traités par ordre d'arrivée. Le CFPP validera ou non votre inscription en fonction des places disponibles. Dans le cas d'une réponse positive, c'est le CFPP qui effectuera les démarches auprès d' Actaliens pour la prise en charge financière de votre formation.

Développez vos compétences et votre savoir-faire

DOSSIER D'INSCRIPTION A POSTER COMPLET
au CFPP Service formation Continue 59 rue Planchat 75020 PARIS



Complétez votre dossier d'inscription avec votre employeur.

Votre dossier d'inscription doit contenir :

Pour les CQP :

- Cette demande d'inscription complétée et signée.
En retour le CFPP vous indiquera, **par mail uniquement**, la procédure à suivre auprès d'Actalians pour obtenir la prise en charge de votre CQP.

Pour toutes les autres formations :

- Cette demande d'inscription complétée et signée
- La demande de prise en charge Actalians Plan (**l'original + 1 copie**) téléchargeable sur www.cfpp.org
- 1 copie de votre dernier bulletin de salaire, (si nouvelle embauche : 1 copie du contrat de travail)
- 1 copie de votre diplôme de Préparateur en Pharmacie ou de Docteur en Pharmacie

PARTIE SALARIÉ	NOM suivi du Nom d'épouse _____
	Prénom : _____
	Date de Naissance : ___/___/___ Ville : _____
	Nationalité : _____
	N° Dpt : _____ Pays : _____
	Adresse : _____
	CP : _____ Ville : _____
	Tél : _____ Portable : _____
	Email (obligatoire) : _____
	<input type="checkbox"/> Je suis salarié (e) : <input type="checkbox"/> en CDI <input type="checkbox"/> en CDD : <i>précisez le nombre de mois</i> _____

Je suis à la recherche d'un emploi

Êtes-vous un ancien élève du CFPP ? Oui - Année Scolaire : _____ Non

Êtes vous diplômé(e) : Préparateur en Pharmacie Pharmacien (adjoint)

PARTIE EMPLOYEUR	NOM - Prénom : _____
	Raison sociale : _____
	Adresse : _____
	CP : _____ Ville : _____
	Tél : _____ Fax : _____
	Siret (obligatoire) : _____
	Email (obligatoire) : _____
	J'autorise Mme/Mlle/M. _____
	A suivre la formation suivante : <i>cochez la formation choisie</i>
	<input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique

<input type="checkbox"/> CQP Vente Conseil de produits cosmétiques et d'hygiène en officine	<input type="checkbox"/> Le conseil vétérinaire
<input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie	<input type="checkbox"/> Le sevrage tabagique
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Migraine et céphalées
<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> La contraception et l'infertilité
<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> Les cancers hormonodépendants
<input type="checkbox"/> Homéopathie	<input type="checkbox"/> Les troubles du sommeil
<input type="checkbox"/> L'allaitement et le conseil officinal	<input type="checkbox"/> Les troubles digestifs
<input type="checkbox"/> De la tension à l'hypertension	
<input type="checkbox"/> Les maladies neurodégénératives	

Fait à _____ le : __ / __ / 20__

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR CACHET DE L'ENTREPRISE

SALARIÉS

Salarié n° 1

Nom / prénom	5 premiers N° SS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Intitulé de poste	Statut du salarié	Date d'entrée entreprise
<input type="text"/>	Cadre <input type="checkbox"/> non-cadre <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nbre d'heures/mois	Salaire mensuel brut	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Salarié n°2

Nom / prénom	5 premiers N° SS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Intitulé de poste	Statut du salarié	Date d'entrée entreprise
<input type="text"/>	Cadre <input type="checkbox"/> non-cadre <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nbre d'heures/mois	Salaire mensuel brut	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Je certifie que les bénéficiaires de l'action de formation, mentionnés dans la présente demande de prise en charge, sont bien salariés de l'entreprise ou de l'établissement pendant toute la durée de l'action et qu'ils ont bien été informés de leurs droits et obligations avant leur départ en formation.

Fait à : _____ Le : / /

Signature :

Cachet de l'entreprise ou de l'établissement

Important !

Les formations à destination des apprentis, des stagiaires et des intérimaires ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge d'Actalians.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les entreprises ou les établissements. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès d'Actalians.



ACPPP / CFPP Centre Henri Delorme

59 rue Planchat 75020 PARIS

☎ 01 43 56 30 30 - 📠 01 43 56 20 15

Métro ligne 2 - Alexandre Dumas Bus 76 - Charonne Bagnolet

Tous nos dossiers de formations sont téléchargeables sur www.cfpp.org

Pour tous renseignements :

Sandrine GUYON ☎ : 01 43 56 32 14 📧 sandrine.guyon@cfpp.org

Pascale ROUET ☎ : 01 43 56 31 61 📧 pascale.rouet@cfpp.org

Retrouvez nous sur 