

## NUTRITION ET DIETETIQUE A TOUS LES ÂGES DE LA VIE

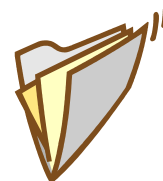


La formation tout au long de la vie...

<b>Période :</b>	Du 30 octobre 2017 au 12 mars 2018
<b>Durée et rythme :</b>	105 heures - 15 jours - <b>le Lundi</b> de 9h à 17h
<b>Lieu :</b>	CFPP - 59 rue Planchat 75020 PARIS
<b>Public :</b>	Tout public (voir conditions auprès du CFPP)
<b>Intervenant :</b>	<b>Anne Mortreux</b> - AU EC Nutrition 10 ans d'expérience à l'hôpital et en entreprise
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Identifier les principaux types de nutriments et leurs sources alimentaires</li><li>✓ Connaître leurs rôles et leurs métabolismes</li><li>✓ Définir et différencier les différents besoins nutritionnels et savoir les adapter en cas de pathologies</li><li>✓ Citer les grands principes d'une alimentation équilibrée</li><li>✓ Expliquer les conséquences des erreurs nutritionnelles et proposer des solutions</li><li>✓ Organiser un rayon nutrition diététique en officine.</li></ul>
<b>Programme :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Les bases de la nutrition (appareil digestif et nutriments)</li><li>✓ Micronutrition et compléments alimentaires</li><li>✓ Chrononutrition</li><li>✓ Nutrition aux différents âges de la vie</li><li>✓ Nutrition et sport</li><li>✓ Nutrition et pathologies</li></ul>
<b>Certificat :</b>	Certificat de formation
<b>Nombre de places :</b>	18
<b>Financement :</b>	<b>Formation totalement prise en charge et sans aucune avance de frais pour l'employeur et le salarié. (nous contacter pour plus de renseignements)</b> Coût de la formation : 3000 € HT soit 200 € par jour. <i>En attente de conventionnement</i>
<b>Formalités :</b>	Complétez la demande d'inscription de ce catalogue avec votre employeur et suivez scrupuleusement les démarches d'inscription.  <b>Le formulaire de demande de prise en charge d'Actalians Plan est téléchargeable sur <a href="http://www.cfpp.org">www.cfpp.org</a>.</b>  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' <b>Actalians</b> 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](http://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

<b>PARTIE SALARIÉ</b>	NOM suivi du Nom d'épouse _____
	Prénom : _____
	Date de Naissance : ____/____/____ Ville : _____
	Nationalité : _____
	N° Dpt : _____ Pays : _____
	Adresse : _____
	CP : _____ Ville : _____
	Tél : _____ Portable : _____
	<b>Email (obligatoire) :</b> _____
	<input type="checkbox"/> Je suis salarié (e) : <input type="checkbox"/> en CDI <input type="checkbox"/> en CDD : <i>précisez le nombre de mois</i> _____ <input type="checkbox"/> Je suis à la recherche d'un emploi Êtes-vous un ancien élève du CFPP ? <input type="checkbox"/> Oui - Année Scolaire : _____ <input type="checkbox"/> Non Êtes vous diplômé(e) : <input type="checkbox"/> Préparateur en Pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien (adjoint)

<b>PARTIE EMPLOYEUR</b>	NOM - Prénom : _____
	Raison sociale : _____
	Adresse : _____
	CP : _____ Ville : _____
	Tél : _____ Fax : _____
	<b>Siret (obligatoire) :</b> _____
	<b>Email (obligatoire) :</b> _____
	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"/> Phytothérapie et aromathérapie <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Maintien à domicile <input type="checkbox"/> Orthopédie <input type="checkbox"/> Homéopathie <input type="checkbox"/> L'allaitement et le conseil officinal <input type="checkbox"/> De la tension à l'hypertension <input type="checkbox"/> Les maladies neurodégénératives <input type="checkbox"/> Le conseil vétérinaire <input type="checkbox"/> Le sevrage tabagique <input type="checkbox"/> Migraine et céphalées <input type="checkbox"/> La contraception et l'infertilité <input type="checkbox"/> Les cancers hormonodépendants <input type="checkbox"/> Les troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Les troubles digestifs

Fait à \_\_\_\_\_ le : \_\_ / \_\_ / 20\_\_

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR CACHET DE L'ENTREPRISE



# SALARIÉS

## Salarié n° 1

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre  non-cadre

Date d'entrée entreprise

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

## Salarié n°2

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre  non-cadre

Date d'entrée entreprise

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

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](http://www.cfpp.org)

Pour tous renseignements :

Sandrine GUYON ☎ : 01 43 56 32 14 📧 [sandrine.guyon@cfpp.org](mailto:sandrine.guyon@cfpp.org)

Pascale ROUET ☎ : 01 43 56 31 61 📧 [pascale.rouet@cfpp.org](mailto:pascale.rouet@cfpp.org)

Retrouvez nous sur 