

## LETTRE DE PRÉ-ENGAGEMENT

Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

Voie par apprentissage

**A RETOURNER AU PLUS TARD LE 6 JUIN 2025**

Monsieur le directeur,

Je vous confirme que :

Nom de la structure \_\_\_\_\_ Nom du responsable : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

s'engage, au titre de l'année de formation 2025-2026, à accueillir et à prendre en charge le financement, sous réserve de sa sélection par le CFPPH de Tours, le ou les apprenti(s) nommé(s) ci-dessous :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Date :**

**SIGNATURE ET CACHET**