

## INSCRIPTION 20.. /20 ..

Formation courte FC  MASTER  Licence professionnelle

Une fois votre candidature acceptée par le Responsable pédagogique, veuillez compléter ce dossier d'inscription et le renvoyer au format Pdf (pas de photo) **uniquement par mail via cette adresse mail générique suivante : [fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr](mailto:fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr)**

### PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER D'INSCRIPTION

**Tout dossier incomplet retardera le traitement de votre inscription administrative**

- L'autorisation d'inscription à la formation (*mail d'acceptation ou attestation du responsable pédagogique*) ;
- La photocopie recto-verso de la pièce d'identité ;
- Règlement intérieur daté et signé ;
- Formulaire « attestation de prise en charge » complété et signé (financement individuel et/ou entreprise) ;
- **Règlement des droits universitaires et des frais pédagogiques : Effectuez 2 règlements distincts :**
  - 2 virements bancaires (joindre les justificatifs de paiement) ou bien
  - 2 chèques libellés à l'ordre de l'agent comptable de l'université Paris-Saclay (si prise en charge employeur : attestation)
- Règlement des frais pédagogiques – SI TARIF REDUIT : Joindre obligatoirement le justificatif ;

**NOTA : REGLEMENT OBLIGATOIRE DES DROITS UNIVERSITAIRES AU MOMENT DU DEPOT DU DOSSIER D'INSCRIPTION**

### Modes de règlement : Virement ou chèques bancaires ou postaux

- **2 règlements distincts** (droits universitaires et frais pédagogiques) : *Indiquez obligatoirement vos **NOMS, PRENOMS et intitulé de la formation abrégée** dans le libellé des virements. Attention aux frais bancaires sur les virements effectués depuis l'étranger*

#### **RIB de l'Agent comptable de l'université Paris-Saclay**

**Titulaire du compte** : Université Paris-Saclay - Agence comptable, BAT 407, Rue du Doyen Georges Poitou - 91400 ORSAY – France

code banque	code guichet	numéro de compte	clé RIB
10071	91000	00001002940	65

domiciliation
TPEVRY

IBAN (International Bank Account Number)						
FR76	1007	1910	0000	0010	0294	065

BIC (Bank Identifier Code)
TRPUFRP1

ou bien

- **2 Chèques bancaires ou postaux** libellés à l'ordre de l'Agent comptable de l'Université Paris-Saclay (n'oubliez pas de les signer)

## INSCRIPTION 20.. /20..

**Intitulé de la formation.** .....

### ETAT CIVIL

Monsieur     Madame

Nom : ..... Prénom 1 : .....

Nom d'usage : ..... Prénom 2 : .....

*(Pour les femmes mariées)*

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Département de Naissance : |\_\_| |\_\_| |\_\_|    Nom Du Département : .....

Ville de Naissance..... **(Préciser l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)**

Pays de Naissance : ..... Nationalité : .....

### COORDONNEES - merci d'écrire lisiblement – en lettres capitales

N°, Rue, Bâtiment, etc : .....

Code postal : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|    Commune : ..... Pays : .....

Téléphone personnel : ..... Téléphone professionnel : .....

Email : .....@.....

### ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Exercez-vous une activité professionnelle :  oui     non                      Si oui précisez :     CDD     CDI

Demandeur d'emploi inscrit à France TRAVAIL

Votre N° identifiant : ..... Adresse postale : .....

Nom du conseiller ..... Mail : ..... Tél : .....

Pharmacien d'officine titulaire     Pharmacien d'officine adjoint     Pharmacien hospitalier

Préparateur en pharmacie                       Cadre dans le secteur privé     Cadre dans le secteur public

Profession intermédiaire santé et travail social (internes, infirmiers...)

Autre - Précisez : .....

### FINANCEMENT(S) DE VOTRE FORMATION (4 possibilités)

1/ Soit INDIVIDUEL

**2/ Soit EMPLOYEUR** (Raison sociale) : ..... N° SIRET : .....  
Nom et adresse postale : .....

Nom du contact : ..... Mail : ..... Tél : .....

**3/ Soit ORGANISME FINANCEUR** (Raison sociale) : ..... N° SIRET : .....  
Nom et adresse postale : .....

Nom du contact : ..... Mail : ..... Tél : .....

**4/ Soit EMPLOYEUR + ORGANISME FINANCEUR** (Raison sociale) : ..... N° SIRET : .....

**Nota : La demande de prise en charge à l'Organisme financeur doit être formulée par l'employeur**

## STATUT

- Particulier inscrit à votre initiative                       Salarié Plan de formation  
 Salarié sous Contrat de professionnalisation             CPF (**uniquement pour Master et licence professionnelle**)  
 CPF de Transition (anciennement FONGECIF - **uniquement pour Master et licence professionnelle**)  
 Autre - Précisez : .....

## DERNIER DIPLOME OBTENU

- Doctorat    BAC  
 BAC +2    BAC +3    BAC +4    BAC +5   Précisez : .....  
 Diplôme étranger   Précisez : .....  
 Autre   Précisez : .....

## DANS QUEL SECTEUR D'ACTIVITE TRAVAILLEZ-VOUS ?

- Industrie chimique     Recherche et Développement  
 Administration publique                                       Santé et action sociale  
 Autre - Précisez : .....

## CONNAISSANCE DE CETTE FORMATION ?

- Site internet de la Faculté de Pharmacie                       Site internet de l'Université Paris-Saclay  
 Réseaux sociaux (Linkedin, Twitter, Facebook, ...) Précisez : .....  
 Bouche à oreilles/Réseau Précisez : .....    Autre - Précisez : .....

Le ..... à .....

Signature de l'apprenant (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE 20..-20..

Je soussigné(e) : ..... Agissant en qualité de :  
..... **Nom de l'Entreprise/Établissement/Organisme** :

..... **N° de SIRET**  
**(14 chiffres)** : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse ..... de ..... l'établissement ..... :

..... Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

**Correspondant** : NOM : ..... PRENOM : .....

☐ : ..... @.....

Adresse de facturation : .....

*(Si différente de l'adresse de l'établissement)*

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

*S'engage à prendre en charge le paiement des frais de formation du stagiaire :*

NOM : ..... PRENOM : .....  
..... Pour le DU/DIU .....

..... **L'entreprise/L'établissement/L'organisme s'engage à régler :**

↳ **Les droits universitaires** pour l'année d'inscription (*fixés chaque année par arrêté ministériel*) établis pour un montant de **397€** (tarif 2025-2026 – sous réserve de modification)

OUI  NON

↳ **Les frais pédagogiques** s'élevant à ..... Euros  
*(tarif FORMATION CONTINUE indiqué sur la fiche tarif de la formation)*

Facturation des frais de formation à compléter selon votre souhait :

**2026** ..... Euros

**2027** .....

*En l'absence de ces précisions la facture sera adressée en fin de formation*

**CHORUS**

Facture à déposer sur Chorus :  OUI  NON

N° de commande :

Code service :

*Joindre obligatoirement le bon de commande mentionnant le numéro de commande, code service et le SIRET.*

*Les attestations de présences seront transmises aux apprenants par le secrétariat pédagogique de la formation tout au long de l'année. Merci de bien vouloir récupérer les attestations de présences auprès des apprenants ou du secrétariat pédagogique de la formation.*

**Informations financeurs (type OPCO) :** .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

**Correspondant** : NOM : ..... PRENOM : .....

☎ : ..... ✉ : ..... @.....

Cachet de l'entreprise :

Fait à .....  
Le.....

**Signature du représentant légal :**