



## Demande de dispense pour un ou plusieurs modules de la formation psycho-gériatrique (FCPG)

Veuillez remplir tous les champs obligatoires (signalés par un astérisque\*)

### Signalétique du requérant

Nom (de naissance)\*:

Prénom\*:

Adresse \*:

Adresse électronique  
professionnelle\*:

Privée:

### Dispense pour Module

Module 1

Module 2

Module 3

Module 4

Module 5

### Pièces requises (à joindre à la demande)

#### Formation psycho-gériatrie ou professionnelle suivie

Programme détaillée avec les  
heures prestées

*Si le descriptif du contenu du module  
est annexé, prière de mentionner  
CF-ANNEXE .*

Organisme de formation agréé\*:

La présente déclaration est certifiée sincère et exacte. Je prends acte que toute déclaration abusive peut entraîner des sanctions conformément à la législation en vigueur. De plus, je consens à ce que mes données personnelles soient traitées conformément à la politique de confidentialité et dans le respect des normes de protection des données en vigueur.

### Signature du requérant

Date et signature