



DIRECTION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET ALTERNANCE  
DEMANDE D'EXONÉRATION

Je soussigné(e),

Numéro étudiant : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

NOM : \_\_\_\_\_ NOM Marital : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

Inscrit en : \_\_\_\_\_

Sollicite l'exonération pour la raison suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : / / 20

Signature \_\_\_\_\_