

Demande de mutation pour intégrer l'IFSI

Nom – Nom marital		Adresse	
Prénom		Téléphone	
Date de naissance		Mailing	

IFSI D'origine :

Date d'entrée en 1^{ère} année : / / Mode de sélection à l'entrée : Parcoursup ☐ FPC ☐

Année de formation sollicitée : 1^{ère} ☐ 2^{ème} ☐ 3^{ème} ☐

Motivations de la demande de mutation

.....

.....

.....

Stages effectués – Joindre l'ensemble des bilans de stage

Catégories	Semestre	Nombre de semaines	ECTS
Soins de courte durée			
Soins en santé mentale et psychiatrie			
Soins de longue durée – SSR			
Soins individuels ou lieux de vie			

Semestres – Joindre l'ensemble des feuilles des semestres

Semestre 1		Semestre 2		Semestre 3	
Nombre ECTS		Nombre ECTS		Nombre ECTS	
UE non validées		UE non validées		UE non validées	
Semestre 4		Semestre 5		Semestre 6	
Nombre ECTS		Nombre ECTS		Nombre ECTS	
UE non validées		UE non validées		UE non validées	

Veuillez indiquer la date de la prochaine CAC : / /

Informations complémentaires

Veillez cocher la réponse adéquate

	OUI	NON	Compléments d'informations
AFGSU niveau 1			
AFGSU niveau 2			
Interruption de scolarité			Date : Motif :
Redoublement			Précisez l'année :

Sanctions disciplinaires :

Avez-vous fait l'objet de sanction(s) disciplinaire(s) ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez la nature et le motif des sanctions :

.....

.....

.....

Pièces à fournir impérativement avec cette demande

- | | |
|---|--|
| ☐ Curriculum Vitae | ☐ Lettre de motivation |
| ☐ Copies bilans de stages | ☐ Copies feuilles de semestres |
| ☐ Copies feuilles passage d'année | ☐ Feuille récapitulative des absences |
| ☐ Document de l'IFSI d'origine attestant que la direction est informée de la demande de mutation | |

Mme, Mr,, soussigné(e) certifie l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus.

Fait à, le
Signature de l'étudiant(e) :

Le formulaire complété est à transmettre avec les pièces justificatives du dossier

par mail à : contact@ifsiambroisepare.fr - par courrier à l'adresse indiquée sur ce document - par dépôt au
secrétariat de l'IFSI (aux heures d'ouverture de l'institut)

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

Partie à faire compléter par le Directeur (trice) de l'institut de formation d'origine

Je soussigné(e), Directeur(trice) de l'Institut de
Formation en Soins Infirmiers
être informé(e) et ne pas m'opposer à la demande de mutation de

Date de la prochaine Commission d'Attribution de Crédits : -- / -- / ----

Fait à

Le

Signature et tampon du Directeur (trice) de l'IFSI d'origine