

DEMANDE D'INTEGRATION par voie de mutation Pour l'année 2026/2027

Fiche à retourner avant la date du 30 avril 2026
Toute demande réceptionnée après cette date ne sera pas examinée

NOM DE NAISSANCE :	NOM D'USAGE :
PRENOMS :	DATE DE NAISSANCE : / / .
ADRESSE POSTALE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
N° PORTABLE : / / / / .	EMAIL : @
DATE DE RENTREE EN 1^{ERE} ANNEE : / / via ☐ Parcoursup ☐ FPC	
ANNEE DE FORMATION SOLLICITEE : ☐ L1 ☐ L2 ☐ L3	

NOM DE L'ETABLISSEMENT DANS LEQUEL VOUS ETES ACTUELLEMENT EN FORMATION :

ADRESSE :

COORDONNEES TELEPHONIQUE : / / / / .

1. MOTIFS DE LA DEMANDE DE MUTATION *(JOINDRE UNE LETTRE DE MOTIVATION)*

2. STAGES (JOINDRE COPIES DES BILANS/SYNTHESES DE STAGE)

Catégories	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Nbre de semaines	Nbre ECTS
Soins de courte durée								
Soins en santé mentale et psychiatrie								
Soins de longue durée – soins de suite et de réadaptation								
Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie								

3. ABSENCES (JOINDRE RÉCAPITULATIF DES ABSENCES)

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nombre d'heures d'absences en cours						
Nombre d'heures d'absences en stage						

4. SEMESTRE(S) VALIDÉ(S) *(JOINDRE COPIE(S) DES RÉCAPITULATIFS DE SEMESTRE)*

SEMESTRES VALIDES						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
/30 ECTS						

SEMESTRES NON VALIDES						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Précisez la/les U.E non validée(s)						

5. HABILITATION A.F.G.S.U *(JOINDRE COPIE A.F.G.S.U)*

A.F.G.S.U – Niveau I ► ☐ OUI ☐ NON

A.F.G.S.U – Niveau II ► ☐ OUI ☐ NON

Date de l'A.F.G.S.U : / /

6. SANCTIONS DISCIPLINAIRES

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

Si oui, précisez (nature/motif/nbre de sanctions) :

Avez-vous faire l'objet d'avertissements ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez (nature/motif/nbre de sanctions) :

7. FINANCEMENT DE LA FORMATION

Bénéficiez-vous d'un financement durant vos études ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, indiquez l'organisme financeur :

8. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Avez-vous déjà interrompu votre formation ? ☐ OUI, précisez la date / / ☐ NON

Avez-vous déjà obtenu une césure ? ☐ OUI, précisez la date / / ☐ NON

Avez-vous déjà redoublé ? ☐ OUI, précisez année (L1/L2/L3) ... ☐ NON

Fait à, le / /

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

PARTIE A FAIRE COMPLETER PAR L'INSTITUT DE FORMATION D'ORIGINE

Je soussigné(e), Mme/M , Directeur(trice) de l'IFSI DE

Atteste par la présente, être informé(e) de la demande de mobilité de Mme/M

Je certifie exactes les données complétées de ce formulaire.

Fait à , le / /

Signature du Directeur(trice)

Cachet de l'institut