DEMANDE D'INTEGRATION par voie de mutation
Pour l'année 2027/2028

Fiche à retourner avant la date du 16 avril 2027
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 1ERE 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**