NOM – Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

N° INE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IFMEM ou DTS actuel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de rentrée en 1ère année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Année de formation sollicitée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***MOTIVATIONS OU RAISONS DE LA DEMANDE DE MUTATION***

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

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

1. **EPREUVES DE SELECTION**

Avez-vous fait une demande sur Parcoursup pour l’IFMEM du CHU de Rennes ?

❑ oui classement sur liste complémentaire ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ non Non classé ?

1. **STAGES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Catégories** | **Semestre** | **Nombre de semaines** | **ECTS** |
| Soins |  |  |  |
| Imagerie de projection |  |  |  |
| Scanner |  |  |  |
| IRM |  |  |  |
| Médecine Nucléaire |  |  |  |
| Radiothérapie |  |  |  |
| Echographie |  |  |  |
| EFN |  |  |  |

**NB : JOIGNEZ LES PHOTOCOPIES DE VOS FEUILLES DE STAGE**

1. **SEMESTRE(S) VALIDE(S)**

|  |  |
| --- | --- |
| **S1 (précisez si UE non validée)** | **S2 (précisez si UE non validée)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Date de la prochaine Commission d’Attribution de Crédits : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Joindre **IMPERATIVEMENT** récapitulatif des semestres suite à cette commission

1. **HABILITATION A.F.G.S.U.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| A.F.G.S.U. – niveau 2 |  |  |

Attention : Nous considérons comme non conforme un dossier ne mentionnant pas l’obtention de l’AFGSU 2 (U.E. 4.3 S2)

1. **SANCTIONS DISCIPLINAIRES**

Avez-vous fait l’objet de sanction(s) disciplinaire(s) ?

❑ oui

❑ non

si oui, précisez : nature, motif et nombre des sanctions\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Je soussigné(e) certifie l’exactitude des informations mentionnées ci-dessus.**

Signature de l’étudiant :

Je certifie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Directeur de l’IFMEM ou DTS   
de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ être informé de la demande de mutation de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et certifie exact les données de ce formulaire.

Fait à Le

Signature du Directeur

Cachet de l’Institut