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

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

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

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

I.F.S.I. actuel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

1. **EXPERIMENTATION UNIVERSITAIRE DECLINEE DANS VOTRE IFSI**

L’expérimentation universitaire est-elle déclinée sur votre IFSI ?

❑ oui

❑ non

Si oui, merci de joindre au dossier le programme de formation

1. **EPREUVES DE SELECTION A L’ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION INFIRMIERE**

Avez-vous été sélectionné via parcoursup ?

❑ oui

❑ non

Avez-vous été refusé sur le groupement 22-35 sur parcoursup ?

❑ oui

❑ non

Avez-vous été sélectionné via la voie de formations professionnelles continues ?

❑ oui

❑ non

1. **STAGES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Catégories** | **Semestre(s)** | **Nbre de semaines** | **ECTS par stage** |
| Soins de courte durée |  |  |  |
| Soins en santé mentale et en psychiatrie |  |  |  |
| Soins de longue durée – soins de suite et de réadaptation |  |  |  |
| Sons individuels ou collectifs sur des lieux de vie |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **S1(précisez si UE non validée(s))** | **S2(précisez si UE non validée)** | **S3(précisez si UE non validée(s))** | **S4(précisez si UE non validée(s))** | **S5(précisez si UE non validée(s))** | **S6(précisez si UE non validée(e))** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

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

1. **ATTESTATION A.F.G.S.U. niveau 2**

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

Fournir une copie

1. **SANCTIONS DISCIPLINAIRES**

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

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

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

1. **INTERRUPTION DE FORMATION**

Avez-vous interrompu votre formation ? ❑ oui ❑ non

Si oui, date d’interruption : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et semestre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de reprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Date et Signature de l’étudiant :

**Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ directeur, directrice de l’I.F.S.I. de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ être informé(e) de la demande de mutation de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et certifie exactes les données de ce formulaire.**

 Fait à Le

 Signature du Directeur, Directrice

 Cachet de l’Institut