

**DEMANDE D'INTEGRATION
OU DE MUTATION**

Demande d'intégration à l'IFSI Vinatier

Institut actuel : _____

Date de rentrée en première année : _____

Année de formation sollicitée : _____

Demande de mutation vers un autre institut. Nom et localisation de l'institut concerné :

NOM – Prénom(s) : _____ - _____

Adresse : _____

Adresse mail : _____

Tel-Portable : _____

1. RAISONS DE LA DEMANDE – JOINDRE UNE LETTRE DE MOTIVATION

2. STAGES - JOINDRE L'ENSEMBLE DES FEUILLES DE STAGE

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
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						

Avez-vous eu des stages invalidés :

- OUI – Intitulé et semestre du stage : _____
- NON

3. SEMESTRES VALIDES - JOINDRE L'ENSEMBLE DES RECAPITULATIFS DES SEMESTRES

SEMESTRES VALIDES EN INTEGRALITE						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
30/30 ECTS						

SEMESTRES NON VALIDES EN INTEGRALITE						
Précisez la ou les U.E non validé(s)	S1	S2	S3	S4	S5	S6

4. SANCTIONS DISCIPLINAIRES - JOINDRE LE COURRIER OU LA DECISION

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

- OUI
- NON

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

5. ABSENCES - JOINDRE UN RELEVÉ D'ABSENCES

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

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

Signature de l'étudiant :

A _____, le _____

PARTIE A FAIRE COMPLETER PAR LE DIRECTEUR (TRICE)

DE L'INSTITUT DE FORMATION D'ORIGINE

Je certifie _____, 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 des crédits : __/__/_____

Fait à

Le

Signature et Tampon du Directeur (trice) de l'Institut d'origine