



DEMANDE DE MUTATION OU D'INTEGRATION

Demande d'intégration à l'IFSI du Centre Hospitalier Le Vinatier

Institut actuel : _____



Date de rentrée en première année : ____ / ____ / ____

Année de formation sollicitée : _____

Demande de mutation vers un autre Institut de formation

Nom de l'Institut : _____

Localisation : _____

Nom de naissance (obligatoire) : _____

Nom d'épouse : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone mobile : _____

Email : _____

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 réadaptation						
Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie						

Avez-vous eu des stages invalidés ?

Oui

Non

Si oui, indiquez l'intitulé et le semestre du stage : _____



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

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

SEMESTRES NON VALIDES EN INTEGRALITE						
Précisez la ou les UE non validée(s)	S1	S2	S3	S4	S5	S6

4. SANCTIONS DISCIPLINAIRES : JOINDRE LE COURRIER OU LA DECISION

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

Oui

Non

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

5. ABSENCES : JOINDRE UN RELEVE D'ABSENCE

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

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

Fait à _____, le ____ / ____ / ____.

Signature de l'étudiant(e)



**PARTIE A FAIRE COMPLETER PAR LE(LA) DIRECTEUR(TRICE)
DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS D'ORIGINE**

Je soussigné(e) _____, 

Directeur(trice) de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers _____

certifie être informé(e) et ne pas m'opposer à la demande de mutation de :

Date de la prochaine Commission d'Attribution de Crédits : ____ / ____ / ____.

Fait à _____, le : ____ / ____ / ____.

Signature et tampon de l'Institut d'origine obligatoires