



**DEMANDE De MUTATION
POUR INTEGRATION
à l'IFSI du CH de Fougères
Référentiel 2009**

NOM – Prénom : _____

Adresse : _____

N° INE : _____

I.F.S.I. actuel : _____

Date de rentrée en 1^{ère} année : _____

Année de formation sollicitée : _____

1. MOTIVATIONS OU RAISONS DE LA DEMANDE DE MUTATION

2. EXPERIMENTATION UNIVERSITAIRE DECLINEE DANS VOTRE IFSI

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

- oui, si oui, merci de joindre au dossier le **programme de formation**
 non

3. 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 formation professionnelles continues ?

- oui
 non

4. 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			



**DEMANDE De MUTATION
POUR INTEGRATION
à l'IFSI du CH de Fougères
Référentiel 2009**

5. SEMESTRE(S) VALIDE(S)

S1 (précisez si UE non validée(s))	S2 (précisez si UE non validée(s))	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(s))

Date de la prochaine Commission d'Attribution de Crédits : __ / __ / ____
Joindre **IMPERATIVEMENT** récapitulatif des semestres suite à cette commission

6. ATTESTATION A.F.G.S.U. niveau 2

	Oui	Non
A.F.G.S.U. – niveau 2		

↪ Fournir une copie

7. SANCTIONS DISCIPLINAIRES

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

si oui, précisez : nature, motif et nombre des sanctions _____

8. 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 :



**DEMANDE De MUTATION
POUR INTEGRATION
à l'IFSI du CH de Fougères
Référentiel 2009**

Je soussigné, _____ Directeur 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