



# **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<sup>ère</sup> 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
<b>A.F.G.S.U. – niveau 2</b>		

↪ 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