

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
DEMANDE D'INTEGRATION PAR VOIE DE MUTATION FORMATION INFIRMIERE

Nom - prénom : **Date et lieu de naissance :**

Adresse :

Mail : **Téléphone :**

IFSI ACTUEL :	ADRESSE DE L'IFSI :
PROMOTION INITIALE :	DATE D'ENTREE EN 1ERE ANNEE :
ANNEE DE FORMATION SOLLICITEE :	AIDE FINANCIERE PENDANT LA FORMATION/PRISE EN CHARGE (Bourse-Pôle emploi – Etablissement – autre Précisez :
MOTIFS DE LA DEMANDE DE MUTATION :	

Avez-vous été sélectionné(e) via Parcoursup ?

Oui Non Si oui, précisez l'année :

Avez-vous passé les épreuves de sélection de la Formation Professionnelle Continue (FPC) ?

Oui Non Si oui, précisez l'année et l'IFSI :

SEMESTRE 1		SEMESTRE 3		SEMESTRE 5	
<input type="checkbox"/> Validé	<input type="checkbox"/> Non validé	<input type="checkbox"/> Validé	<input type="checkbox"/> Non validé	<input type="checkbox"/> Validé	<input type="checkbox"/> Non validé
UE non validées :		UE non validées :		UE non validées :	
SEMESTRE 2		SEMESTRE 4		SEMESTRE 6	
<input type="checkbox"/> Validé	<input type="checkbox"/> Non validé	<input type="checkbox"/> Validé	<input type="checkbox"/> Non validé	<input type="checkbox"/> Validé	<input type="checkbox"/> Non validé
UE non validées :		UE non validées :		UE non validées :	

Avez-vous déjà interrompu votre formation ?

Oui Non Si oui, précisez le motif et dates :

Avez-vous fait l'objet d'un redoublement ?

Oui Non Si oui, précisez l'année et le motif :

Directrice : F. GIRARD ☎ : 05 55 96 43 79 ✉ : 2 Avenue du Docteur Rouillet –19208 USSEL Cedex Secrétariat IFSI ☎ : 05 55 96 40 23 Secrétariat IFAS ☎ : 05 55 96 42 56 ✉ : ifsi@ch-ussel.fr	Certification qualiopi au titre de la catégorie d'actions suivantes : ➤ Actions de formation ➤ Actions permettant de valider les acquis de l'expérience N°QUA2109AoCHUSS du 31/12/2024au 30/12/2027
--	---

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

Oui Non

Si oui, précisez la nature, le motif (fournir le (les) courrier(s) du directeur :

Avez-vous déjà été présenté à une section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants ?

Oui Non

Si oui, précisez la nature, le motif (fournir le (les) courrier(s) du directeur :

Mme, Mr

Soussigné(e), certifie l'exactitude des informations mentionnées sur le présent document et sur les documents joints.

Signature de l'étudiant(e) :

Je certifie, Directeur de l'IFSI deêtre informé(e) de la demande de mutation de Mme, Mr.....et

certifie l'exactitude des informations mentionnées sur le présent document et sur les documents joints.

Fait à Le

Signature du Directeur :

Cachet de l'Institut :

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT AVEC LA DEMANDE DE MUTATION

CURRICULUM VITAE	<input type="checkbox"/>
LETTRE DE MOTIVATION	<input type="checkbox"/>
COPIE DES BILANS DE STAGE	<input type="checkbox"/>
COPIE DES FEUILLES RECAPITULATIVES DES SEMESTRES	<input type="checkbox"/>
RECAPITULATIF DE VOS ABSENCES, VALIDE PAR LE DIRECTEUR	<input type="checkbox"/>
COPIE DU (DES) SANCTION(S) DISCIPLINAIRE(S)	<input type="checkbox"/>
COPIE DU (DES) COURRIER(S) DU DIRECTEUR EN CAS DE PRESENTATION UNE SECTION PEDAGOGIQUE	<input type="checkbox"/>

Ce formulaire peut être complété d'un courrier

Directrice : F. GIRARD ☎ : 05 55 96 43 79 ✉ : 2 Avenue du Docteur Rouillet –19208 USSEL Cedex Secrétariat IFSI☎ : 05 55 96 40 23 Secrétariat IFAS☎ : 05 55 96 42 56 ✉ : ifsi@ch-ussel.fr	Certification qualiopi au titre de la catégorie d'actions suivantes : ➤ Actions de formation ➤ Actions permettant de valider les acquis de l'expérience N°QUA2109AoCHUSS du 31/12/2024au 30/12/2027
--	---