

DEMANDE DE MUTATION ENTRANTE

NOM – Prénom : _____

Adresse : _____

N° INE : _____

I.F.S.I actuel : _____

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

Année de formation sollicitée : _____

1 . MOTIVATION OU RAISONS DE LA DEMANDE DE MUTATION

2. STAGES

Catégories	Semestre (s)	Nombre 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			
Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie			

3. SEMESTRE(S) VALIDE(S)

S1	S2	S3	S4	S5	S6

Précisez si UE non validée(s)

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

4. ATTESTATION A.F.G.S.U. NIVEAU 2

A.F.G.S.U. – niveau 2 :

Oui

Non

Fournir une copie

5. SANCTIONS DISCIPLINAIRES

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

Oui

Non

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

6. INTERRUPTION DE FORMATION

Avez-vous interrompu votre formation ?

Oui

Non

Si oui, précisez la date d'interruption : _____ et le semestre : _____

Date de reprise : _____

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

Date : __ / __ / ____

Signature de l'étudiant :

Je soussigné(e), _____ Directeur,
Directrice 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