**DEMANDE DE MUTATION ENTRANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° INE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I.F.S.I actuel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de rentrée en 1ère 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