

# INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU BUGEY

## IFSI / IFAS

180 Rue de la Forestière  
HAUTEVILLE LOMPNES  
01 110 PLATEAU HAUTEVILLE  
Tél. : 04.37.61.67.10  
Fax : 04.37.61.67.11  
Site : [www.ifsahauteville.com](http://www.ifsahauteville.com)



## DEMANDE D'INTÉGRATION A L'IFSI DU BUGEY

Nom/prénom : .....

Nom marital : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

I.F.S.I. actuel ( nom et localisation) .....

Promotion initiale /date de rentrée 1<sup>ère</sup> année : .....

Année de formation sollicitée : .....

### MOTIVATIONS OU RAISONS DE LA DEMANDE DE MUTATION :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT AVEC CETTE DEMANDE :

- Copie de pièce d'identité (carte d'identité ou titre de séjour)
- CV
- Lettre de motivation
- Copie des feuilles de stage
- Copie des fiches récapitulatives semestrielles

### PARCOURS DE STAGES :

| Catégories   | Semestre concerné | Nombre de semaines de stage | Lieu |
|--|-------------------|-----------------------------|------|
| Soins de courte durée                                |                   |                             |      |
| Soins en santé mentale et psychiatrie                |                   |                             |      |
| Soins de longue durée et SSR                         |                   |                             |      |
| Soins individuels et collectifs sur des lieux de vie |                   |                             |      |

## **RÉSULTATS PAR SEMESTRE(S)**

POUR LES DEUX PREMIERES COLONNES COCHER LES CASES CORRESPONDANTES

|            | Validé en intégralité | Non validé en intégralité | Préciser la ou les UE à rattraper sur chaque semestre | Stage invalidé (préciser le lieu) |
|------------|-----------------------|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Semestre 1 |                       |                           |   |                                   |
| Semestre 2 |                       |                           |   |                                   |
| Semestre 3 |                       |                           |   |                                   |
| Semestre 4 |                       |                           |   |                                   |
| Semestre 5 |                       |                           |   |                                   |
| Semestre 6 |                       |                           |   |                                   |

### **HABILITATION AFGSU**

OUI  NON

Date de l'habilitation.....

### **ABSENTÉISME**

Joindre IMPERATIVEMENT le récapitulatif de vos absences en cours et en stage

### **INTERRUPTION DE FORMATION**

Avez-vous déjà interrompu votre formation ?

OUI  NON

Précisez les dates et le motif.....

.....

### **REDOUBLEMENT**

Avez-vous fait l'objet de redoublement ?

OUI  NON

Précisez l'année et le motif.....

.....

### **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 et joindre le courrier ou la décision.....

.....

---

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et atteste avoir informé le directeur de l'IFSI d'origine

Date : .....

Signature de l'étudiant(e) :

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS  
INFIRMIERS DU BUGEY  
IFSI / IFAS**

180 Rue de la Forestière  
HAUTEVILLE LOMPNES  
01 110 PLATEAU HAUTEVILLE  
Tél. : 04.37.61.67.10  
Fax : 04.37.61.67.11  
Site : [www.ifsihauteville.com](http://www.ifsihauteville.com)



**PARTIE A FAIRE COMPLETER PAR LE DIRECTEUR (TRICE) DE L'IFSI D'ORIGINE**

Je soussigné Directeur (trice) de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers....., certifie avoir été informé (e) et ne pas m'opposer à la demande de mutation de ..... ; Je certifie également que cet (te) étudiant (e) n'a fait l'objet d'aucune sanction disciplinaire depuis son entrée en formation.

La prochaine Commission d'Attribution des Crédits a lieu le : -----/-----/-----

Fait à

Le

Signature du Directeur (trice) et tampon de l'institut d'origine