

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^{ère} 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



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

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

Fait à

Le

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