

Nom Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

N°INE : Année obtention baccalauréat :

BAC :

Spécialités choisies

Autres diplômes :
.....
.....

IFSI actuel :

Date d'entrée en 1^{ère} année :

Année de formation sollicitée : ☐ L1 ☐ L2 ☐ L3

Permis voiture : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

1- Raisons de votre demande de mutation (cochez la case correspondant à votre réponse):

Critère géographique	
Rapprochement familial	
Enfants en bas âge	
Raison de santé personnelle	
Raisons économiques et sociales	
Autres (préciser)	

2- Modalités de sélection : ☐ Parcoursup ☐ Sélection FPC

3- Stages réalisés :

Disciplines	Semestre	Nombre de semaine	ECTS acquis
Soins de courte durée (SCD)			
Soins en santé mentale et en psychiatrie (SM-PS)			
Soins individuels ou collectifs sur des lieux (L-Vie)			
Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation (LD-RE)			

4- Validation des semestres :

S1 : ☐ Validé UE non validée(s)
S2 : ☐ Validé UE non validée(s)
S3 : ☐ Validé UE non validée(s)
S4 : ☐ Validé UE non validée(s)
S5 : ☐ Validé UE non validée(s)

5- AFGSU niveau 2 : ☐ validé ☐ non validé

6- Sanction disciplinaire : ☐ oui ☐ non

Si oui, motif :

.....

Sanction :

7- Interruption de formation : ☐ oui ☐ non

Si oui, Date d'interruption :..... et semestre :.....

Date de reprise :

Je soussigné(e), (nom-prénom de l'étudiant), certifie l'exactitude des informations mentionnées dans le document.

Date et signature de l'étudiant :

