Institut de Formation en Soins Infirmiers Ambroise Paré
39-41, rue de Paris – 59370 MONS EN BAROEUL
03.20.06.49.52 – contact@ifsiambroisepare.fr – https://www.ifsi-lille.com

Demande de mutation pour intégrer l'IFSI

Nom – Nom marital		**Adresse**	
Prénom		**Téléphone**	
Date de naissance		**Mailing**	

IFSI D'origine : ……

Date d'entrée en 1ère année : …. / …. /…. **Mode de sélection à l'entrée** : Parcoursup ☐ FPC ☐

Année de formation sollicitée : 1ère ☐ 2ème ☐ 3ème ☐

Motivations de la demande de mutation

……
……
……

Stages effectués – Joindre l'ensemble des bilans de stage

Catégories	Semestre	Nombre de semaines	ECTS
Soins de courte durée			
Soins en santé mentale et psychiatrie			
Soins de longue durée – SSR			
Soins individuels ou lieux de vie			

Semestres – Joindre l'ensemble des feuilles des semestres

Semestre 1		**Semestre 2**		**Semestre 3**	
Nombre ECTS		Nombre ECTS		Nombre ECTS	
UE non validées		UE non validées		UE non validées	
Semestre 4		**Semestre 5**		**Semestre 6**	
Nombre ECTS		Nombre ECTS		Nombre ECTS	
UE non validées		UE non validées		UE non validées	

Veuillez indiquer la date de la prochaine CAC : …. /…. /….

Institut de Formation en Soins Infirmiers Ambroise Paré
39-41, rue de Paris – 59370 MONS EN BAROEUL
03.20.06.49.52 – contact@ifsiambroisepare.fr – https://www.ifsi-lille.com

Informations complémentaires

Veuillez cocher la réponse adéquate

	OUI	NON	Compléments d'informations
AFGSU niveau 1			
AFGSU niveau 2			
Interruption de scolarité			**Date :** **Motif :**
Redoublement			**Précisez l'année :**

Sanctions disciplinaires :

Avez-vous fait l'objet de sanction(s) disciplinaire(s) ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, précisez la nature et le motif des sanctions :
……
……
……

Pièces à fournir impérativement avec cette demande

☐ Curriculum Vitae
☐ Lettre de motivation
☐ Copies bilans de stages
☐ Copies feuilles de semestres
☐ Copies feuilles passage d'année
☐ Feuille récapitulative des absences
☐ Document de l'IFSI d'origine attestant que la direction est informée de la demande de mutation

Mme, Mr, ……, soussigné(e) certifie l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus.

Fait à ……., le ……
Signature de l'étudiant(e) :

Le formulaire complété est à transmettre avec les pièces justificatives du dossier
par mail à : contact@ifsiambroisepare.fr - par courrier à l'adresse indiquée sur ce document - par dépôt au secrétariat de l'IFSI (*aux heures d'ouverture de l'institut*)
Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

Institut de Formation en Soins Infirmiers Ambroise Paré
39-41, rue de Paris – 59370 MONS EN BAROEUL
03.20.06.49.52 – contact@ifsiambroisepare.fr – https://www.ifsi-lille.com

Partie à faire compléter par le Directeur (trice) de l'institut de formation d'origine

Je soussigné(e) ……, Directeur(trice) de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers ……

être informé(e) et ne pas m'opposer à la demande de mutation de ……..

Date de la prochaine Commission d'Attribution de Crédits : -- / -- / ----

Fait à

Le

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