1. **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

NOM - Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………….………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………….……….…………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

N° INE : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

IFSI actuel : ………………………………………………………………………………………………………………………………….………

Date de rentrée en 1ère année : ……………………………………………………………………………………………………………..

Année de formation sollicitée : ……………………………………………………………………………………………………………

1. **MOTIVATIONS OU RAISONS DE LA DEMANDE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ENSEIGNEMENT CLINIQUE CURSUS IDE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Disciplines** | **Semestre** | **Nombre de semaines** | **ECTS obtenus** |
| 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 |  |  |  |

1. **SEMESTRE(S) VALIDE(S)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **S1** | **S2** | **S3** | **S4** | **S5** | **S6** |
| **Semestre(s) validé(s)** |  |  |  |  |  |  |
| **UE non validée(s)** |  |  |  |  |  |  |

**Date de la prochaine Commission d’Attribution des Crédits : ………………………………………………….**

Joindre **IMPERATIVEMENT** le récapitulatif des semestres suite à cette commission

1. **ATTESTATION AFGSU niveau 2**

Attestation AFSGU niveau 2 **□** OUI □ NON

1. **SANCTIONS DISCIPLINAIRES**

Avez-vous fait l’objet de sanction(s) disciplinaire(s) ? □ OUI □ NON

Si oui, préciser la nature, le motif et le nombre des sanctions *(joindre la ou les décision(s))* : ..................................................................................................................................................................

1. **SECTION COMPETENTE POUR LE TRAITEMENT DES SITUATIONS PEDAGOGIQUES**

Avez-vous fait l’objet d’un passage devant la section pédagogique ? □ OUI □ NON

Si oui, préciser le motif et joindre la ou les décision(s) de la section :………………………………………...........

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **INTERRUPTION DE FORMATION**

Avez-vous interrompu votre formation ? □ OUI □ NON

Si oui, sous quelle modalité : □ SUSPENSION □ CESURE

Si oui, préciser la date d’interruption : …………………………… le semestre :…………....................................

Date de reprise : ….…….…………………………………………………………………………………………………………………..……

Je soussigné(e) certifie l’exactitude des informations mentionnées ci-dessus.

Date et signature de l’étudiant(e) :

Je soussigné(e), …………………………………………………………………………………………………………………………..……

Directeur(trice) de l’institut de formation en santé de …………………………………………………………..………...

Déclare être informé(e) de la demande de mutation de …………………………………………………………………...

Et certifie exacte les données de ce formulaire.

 Fait à………………………..

 Le……………………………

Signature du directeur

Cachet de l’Institut

*Joindre à ce formulaire la copie du dossier scolaire (feuilles de compétences en stage, feuilles récapitulatives des ECTS par semestre et par année, récapitulatif des absences)*