

DEMANDE D'INTEGRATION 2024-2025 A L'IFSI DU CHU AMIENS PICARDIE

Fiche à retourner avant le 17 mai 2024

NOM DE NAISSANCE : Prénom :

NOM D'USAGE :

Adresse :
.....

N° de téléphone : Mail :@

N° INE :

IFSI actuel : Adresse :
.....

Date de rentrée en 1^{ère} année :

Année de formation sollicitée :

1- MOTIVATION OU RAISONS DE LA DEMANDE (Joindre une lettre de motivation)

.....
.....

2- ABSENCES (joindre le récapitulatif des absences)

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nombre d'heures d'absences en cours						
Nombre d'heures d'absences en stage						

3- STAGES (joindre les copies des bilans / synthèses de stage)

Catégories	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Nombre de semaines	ECTS
Soins courte durée								
Soins en santé mentale et en psychiatrie								
Soins longue durée – soins de suite et de réadaptation								
Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie								

4- SEMESTRE(S) VALIDE(S) (joindre les copies des récapitulatifs de semestre)

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Semestre(s) validé(s) / 30 ECTS						
UE non validé(s) : précisez la/les UE non validée(s)						

Date de la prochaine Commission d'attribution des Crédits :/...../.....
Joindre IMPERATIVEMENT le récapitulatif du semestre suite à cette commission

5- ATTESTATION AFGSU

A.F.G.S.U – Niveau I : OUI NON

A.F.G.S.U – Niveau II : OUI NON

6- 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 (joindre la(es) décision(s)) :

.....

7- SECTION COMPETENCE POUR LE TRAITEMENT DES SITUATIONS PEDAGOGIQUES

Avez-vous fait l'objet d'un passage devant la section pédagogique ? Oui Non

Si oui, précisez le motif et joindre la(es) décision(s) de la section :

.....

8- INTERRUPTION DE FORMATION

Avez-vous interrompu votre formation ? Oui Non

Si oui, date d'interruption : et semestre :

Date de reprise :

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

Date : **Signature de l'étudiant(e)**

PARTIE A FAIRE COMPLETER PAR L'INSTITUT DE FORMATION D'ORIGINE

Je soussigné(e),, Directeur(trice) de l'IFSI de :

déclare être informé(e) de la demande de mutation de M./Mme :
et certifie exactes les données de ce formulaire.

Fait à : Le :

Signature du (de la) directeur(trice)

Cachet de l'institut