

## DEMANDE D'INTEGRATION 2023-2024 A L'IFSI DU CHU AMIENS PICARDIE

Fiche à retourner avant le 15 mai 2023

NOM DE NAISSANCE : ..... Prénom : .....

NOM D'USAGE : .....

Adresse : .....  
.....

N° de téléphone : ..... Mail : .....@

N° INE : .....

IFSI actuel : ..... Adresse : .....  
.....

Date de rentrée en 1<sup>ère</sup> 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