

Version IFSI 2026/01/20

IFSanté Chartres
7 rue Philippe Desportes
28000 CHARTRES
☎ 02.37.30.30.86
Fax 02.37.30.32.49
E mail : secifsi@ch-chartres.fr
Site : <https://ifsi-ifas.ch-chartres.fr>

DEMANDE D'INTEGRATION PAR VOIE DE MUTATION ANNEE 20__ / 20__

NOM DE NAISSANCE : _____	NOM D'USAGE : _____
PRENOMS : _____	DATE DE NAISSANCE : _____
ADRESSE POSTALE : _____	
CODE POSTAL : _____	VILLE : _____
N° PORTABLE : _____	E-MAIL : _____
DATE DE RENTRÉE EN 1 ^{ère} ANNÉE : _____	
Semestre / Année de formation en cours : _____	

Nom de l'Etablissement dans lequel vous êtes actuellement en formation :

ADRESSE : _____

COORDONNÉES TELEPHONIQUES : _____

MAIL : _____

- Demande d'Intégration au sein de l'IFSanté de CHARTRES année et semestre souhaités : _____

1- Motivations ou raisons de la demande de mutation :

/...

2- STAGES

TYPOLOGIES	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Nbre de semaines	Nbre ECTS
Soins de Courte Durée								
Soins en Santé Mentale et Psychiatrie								
Soins de Longue Durée – Soins de Suite et de Réadaptation								
Soins Individuels ou Collectifs sur des Lieux de Vie								

3- SEMESTRE(S) VALIDE(S)

S1	S2	S3	S4	S5	S6
Précisez la ou les UE non validée(s)	Précisez la ou les UE non validée(s)	Précisez la ou les UE non validée(s)	Précisez la ou les UE non validée(s)	Précisez la ou les UE non validée(s)	Précisez la ou les UE non validée(s)

Date de la prochaine Commission d'Attribution de Crédits : _____

4- HABILITATION A.F.G.S.U.

A.F.G.S.U. – Niveau 1 ☐ Oui - ☐ Non

A.F.G.S.U. – Niveau 2 ☐ Oui - ☐ Non

Date de délivrance de l'A.F.G.S.U. : _____

/...

ABSENCES

ABSENCES	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nombre d'Heures d'Absences en COURS						
Nombre d'Heures d'Absences en STAGE						

5- AVERTISSEMENT(S) et Présentation devant les Sections Compétentes

- Avez-vous fait l'objet d'avertissement(s) disciplinaire(s) ?
☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous fait l'objet d'une décision de la section compétente pour le traitement des situations pédagogiques des situations individuelles ?
☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous fait l'objet d'une décision de la section compétente pour le traitement des situations disciplinaires ?
☐ Oui ☐ Non

6- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- Avez-vous déjà interrompu votre formation infirmière depuis votre entrée en formation en 1^{ère} année ?
☐ Oui (précisez la date) : _____
☐ Non
- Avez-vous déjà obtenu une césure ?
☐ Oui (précisez la date) : _____
☐ Non
- Avez-vous déjà redoublé ?
☐ Oui (précisez la(les) date(s) et années concernée(s)) : _____
☐ Non

7- FINANCEMENT DE LA FORMATION (Hors Indemnités France Travail)

Bénéficiez-vous d'un financement durant vos études : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez l'organisme financeur : _____

/...

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT A CETTE DEMANDE

Cadre réservé à étudiant(e)	Cadre réservé à l'IFSI	Liste des pièces
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiche de renseignement dûment complétée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lettre de motivation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copie des feuilles récapitulatives semestrielles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copie des feuilles des évaluations des compétences en stage y compris les stages non validés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copie de l'attestation AFGSU
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilan des absences
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copie des décisions des instances compétentes

Veillez cocher ci-dessus les documents présents dans votre dossier.

Les originaux du dossier étudiant seront transmis par l'IFSI d'origine au moment de la mutation, si elle est validée

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

Fait à _____

Le _____

Signature de l'étudiant(e)

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

Je soussigné(e) _____ Directeur (trice) de l'I.F.S.I. de _____

atteste par la présente, être informé(e) de la demande de mutation de Mme/M. _____

Je certifie l'exactitude des données de ce formulaire.

Fait à _____

Le _____

Cachet de l'Institut

Signature du Directeur (trice)

**Merci d'adresser toute votre correspondance à IFSanté CHARTRES – Secrétariat -
7 rue Philipppes Desportes – 28000 CHARTRES.**

**IFSanté CHARTRES – 7 rue Philippe Desportes – 28000 CHARTRES
N° SIRET 26280004800023 et TVA Intracommunautaire FR64262800048**

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 2428P000928 auprès Préfet de la Région Centre Val-de-Loire
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat (Article L.6352-12 du Code du Travail)