



# DEMANDE D'INTEGRATION PAR VOIE DE MUTATION

## Pour l'année 2025/2026

Fiche à retourner avant le 15 mai 2025

Toute demande réceptionnée après cette date ne sera pas examinée.

NOM DE NAISSANCE :	NOM D'USAGE :
PRENOMS :	DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE POSTALE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
N° PORTABLE :	E-MAIL :
DATE DE RENTREE EN 1ère ANNEE :	
Semestre/ Année de formation en cours :	

NOM DE L'ETABLISSEMENT DANS LEQUEL VOUS ETES ACTUELLEMENT EN  
FORMATION :

ADRESSE :

COORDONNEES TELEPHONIQUE :

MAIL :

Demande d'intégration au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHRU de  
TOURS année souhaitée :

### 1 – MOTIVATIONS OU RAISONS DE LA DEMANDE DE MUTATION

JOINDRE CV ACTUALISE et LETTRE DE MOTIVATION

---



---



---



---



---

Merci d'adresser toute votre correspondance à :

Institut de Formation en Soins Infirmiers - CHRU de TOURS - 37044 TOURS Cedex 9-  
Tél. : 02 47 47 81 01 FAX : 02 47 47 86 19



## 2 – STAGES - JOINDRE LES COPIES DES FEUILLES DE BILAN DE STAGES

Catégories	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) - JOINDRE LES FEUILLES RECAPITULATIVES DE SEMESTRE ET DE PASSAGE D'ANNEE

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

Date de la prochaine Commission d'Attribution de Crédits : \_\_\_\_\_

## 4 – HABILITATION A.F.G.S.U. – JOINDRE UNE COPIE DE LA OU DES ATTESTATIONS

A.F.G.S.U – Niveau I :  OUI  NON

A.F.G.S.U – Niveau II :  OUI  NON

Date de délivrance de l'A.F.G.S.U :



## 5 – ABSENCES - JOINDRE UNE COPIE DU RELEVÉ D'ABSENCES

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

## 6 – SANCTION(S) –JOINDRE LA COPIE DE LA OU DES SANCTIONS

Avez-vous fait l'objet de sanction(s) ?  OUI  NON

Si OUI, précisez, (nature, motif et nombre de sanctions) :

---



---

## 7 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Avez-vous déjà interrompu votre formation infirmière depuis votre entrée en formation en 1<sup>ère</sup> année ?

OUI (précisez la date) :.....

**JOINDRE LA COPIE DE VOTRE ACCORD D'INTERRUPTION DELIVRE PAR L'IFSI ET LA COPIE DE VOTRE COURRIER DE REINTEGRATION**

NON

Avez-vous déjà obtenu une césure ?

OUI (précisez la date) :.....

**JOINDRE LA COPIE DE VOTRE ACCORD DE CESURE DELIVRE PAR L'IFSI**

NON

Avez-vous déjà redoublé ?  OUI (précisez la(les) date(s) et l'(les)

année(s) concernée(s)) :.....  NON



## 8 - FINANCEMENT DE LA FORMATION (hors indemnités France Travail)

Bénéficiez-vous d'un financement durant vos études ?  OUI  NON

Si oui, indiquez l'organisme financeur : .....

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

Fait à ..... le ...../...../..... Signature de l'étudiant :

**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 \_\_\_\_\_

Signature du Directeur(trice)

Cachet de l'Institut