



**DEMANDE D'INTEGRATION
PAR VOIE DE MUTATION
Pour l'année 2026/2027**

Fiche à retourner **AU PLUS TARD le 1^{er} juin 2026**
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 1 ^{ère} 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

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) | 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. – 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^{ère} 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 CÉSURE 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