



DEMANDE D'INTEGRATION AU SEIN DE
L'IFSI DE L'HOPITAL DE CANNES SIMONE VEIL

SEULES LES DEMANDES TRANSMISES PAR CE FORMULAIRE SERONT TRAITÉES.

NOM – Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Numéro INE : _____

IFSI actuel : _____

Date de rentrée en 1^{ère} année : _____

Année de formation sollicitée : _____ Semestre sollicité : _____

Avez-vous sollicité d'autres instituts pour une demande d'intégration ? oui non

Si oui, lequel(s) ? _____

MOTIVATIONS OU RAISONS DE LA DEMANDE D'INTEGRATION

RECAPITULATIF DES SEMESTRES

Semestre 1 : validé non validé U.E. non validées : _____

Semestre 2 : validé non validé U.E. non validées : _____

Semestre 3 : validé non validé U.E. non validées : _____

Semestre 4 : validé non validé U.E. non validées : _____

Semestre 5 : validé non validé U.E. non validées : _____

Semestre 6 : validé non validé U.E. non validées : _____

HABILITATION AFGSU NIVEAU 2 :

oui non

INTERRUPTION DE FORMATION

Avez-vous déjà interrompu votre formation ?

oui non

Si oui, précisez le date de début et de fin d'interruption ainsi que le semestre concerné : _____

REDOUBLEMENT

Avez-vous fait l'objet d'un redoublement ?

oui non 1^{ère} A 2^e A 3^e A

PRESENTATION DEVANT UNE SECTION COMPETENTE

Avez-vous fait l'objet d'une décision de la section compétente pour le traitement des situations disciplinaire ?

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

Si oui, quelle sanction a été prononcée ? _____

PIÈCES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT (<u>fournir les documents papier</u>)	Cadre réservé à l'IFSI
Fiche de demande d'intégration dûment complétée	<input type="checkbox"/>
Courrier d'accord de mutation de votre IFSI actuel	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation	<input type="checkbox"/>
Copie des feuillets « Bilan final de stage »	<input type="checkbox"/>
Copie des feuillets récapitulatifs semestriels (notes)	<input type="checkbox"/>
Bilan des absences	<input type="checkbox"/>
Copie des décisions des instances compétentes	<input type="checkbox"/>

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

Date et signature de l'étudiant(e)

À FAIRE REMPLIR PAR LA DIRECTION DE L'IFSI FRÉQUENTÉ AU MOMENT DE LA DEMANDE DE MUTATION

Je soussigné(e) _____ Directeur de l'IFSI de _____

_____ être informé de la demande de mutation de _____

_____ et certifie exactes les données de ce formulaire.

Date de la prochaine Commission d'Attribution des Crédits _____

Fait à

Date

Signature du Directeur et cachet de l'Institut

15, Avenue des Broussailles
CS 50008
06414 Cannes cedex
Tél. 04 93 69 70 59
direction.ifsi@ch-cannes.fr
www.ch-cannes.fr