

## DEMANDE DE MUTATION POUR INTEGRER L'IFSI DE SAINT-EGREVE

Vous souhaitez demander une mutation dans l'IFSI de Saint-Egrève. Vous trouverez ci-dessous les démarches à effectuer.

### MODALITES DE DEPOT DES DEMANDES

Date limite de dépôt des dossiers : **VENDREDI 24 MAI 2024**

Constitution du dossier :

- Formulaire de demande ci-joint
- CV
- Lettre de motivation détaillée
- Dossier scolaire : Copies des résultats théoriques (UE) et bilans de stage
- Etat des absences
- Absence de décisions disciplinaires
- Document de l'IFSI d'origine attestant que la direction est informée de la demande de mutation.

### ETUDES DES DEMANDES

Les dossiers sont étudiés par une commission inter-IFSI (Saint-Egrève – CHUGA – IRFSS Grenoble et Valence –Bourgoin-Jallieu) qui se réunit début juin.

Les demandes sont ensuite présentées et validées par la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants de l'IFSI de Saint-Egrève qui se réunit généralement début juillet et la décision est ensuite transmise aux étudiants.

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.

Votre dossier est à renvoyer avec les documents demandés :

- Par mail : [secretariatifsi@ch-alpes-isere.fr](mailto:secretariatifsi@ch-alpes-isere.fr)
- Ou par courrier : 3 rue de la gare – CS 20100 – 38521 SAINT EGREVE Cedex



- **SEMESTRES VALIDES** – Joindre l'ensemble des récapitulatifs des semestres

SEMESTRES VALIDES EN INTEGRALITE						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
30/30 ECTS						

SEMESTRES NON VALIDES EN INTEGRALITE						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Précisez la ou les U.E non validé(s)						

- **SANCTIONS DISCIPLINAIRES** – Joindre le courrier ou la décision

Avez-vous fait l'objet de sanction(s) disciplinaire(s)

- OUI
- NON

Si oui, précisez la nature et le motif des sanctions :

.....

.....

.....

- **ABSENCES** – Joindre un relevé d'absences

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

Je, soussigné.e..... certifie l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus.

Fait à ..... le : .....

Signature de l'étudiant.e :

**PARTIE A FAIRE COMPLETER PAR LE DIRECTEUR (TRICE)**

**DE L'INSTITUT DE FORMATION D'ORIGINE**

Je soussigné.e....., Directeur.trice de l'Institut de  
Formation en Soins Infirmiers.....  
être informé.e et ne pas m'opposer à la demande de mutation de .....

Date de la prochaine Commission d'Attribution des crédits : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Fait à

Le

Signature et Tampon du Directeur.trice de l'Institut d'origine