



DEMANDE D'INTÉGRATION

PÔLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

à L'IFMEM du CHU de Rennes

NOM – Prénom : _____

Adresse : _____

N° INE : _____

Date de naissance : _____

IFMEM ou DTS actuel : _____

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

Année de formation sollicitée : _____

1. MOTIVATIONS OU RAISONS DE LA DEMANDE DE MUTATION

2. EPREUVES DE SELECTION

Avez-vous fait une demande sur Parcoursup pour l'IFMEM du CHU de Rennes ?

☐ oui

classement sur liste complémentaire ? _____

☐ non

Non classé ?

3. STAGES

Catégories	Semestre	Nombre de semaines	ECTS
Soins			
Imagerie de projection			
Scanner			
IRM			
Médecine Nucléaire			
Radiothérapie			
Echographie			
EFN			

NB : JOIGNEZ LES PHOTOCOPIES DE VOS FEUILLES DE STAGE



DEMANDE D'INTÉGRATION

PÔLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

à L'IFMEM du CHU de Rennes

4. SEMESTRE(S) VALIDE(S)

S1 (précisez si UE non validée)	S2 (précisez si UE non validée)

Date de la prochaine Commission d'Attribution de Crédits : __ / __ / ____

Joindre **IMPÉRATIVEMENT** récapitulatif des semestres suite à cette commission

5. HABILITATION A.F.G.S.U.

	Oui	Non
A.F.G.S.U. – niveau 2		

Attention : Nous considérons comme non conforme un dossier ne mentionnant pas l'obtention de l'AFGSU 2 (U.E. 4.3 S2)

6. SANCTIONS DISCIPLINAIRES

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

☐ oui

☐ non

si oui, précisez : nature, motif et nombre des sanctions _____

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

Signature de l'étudiant :



PÔLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

DEMANDE D'INTÉGRATION

à L'IFMEM du CHU de Rennes

Je certifie _____ Directeur de l'IFMEM ou DTS
de _____ être informé de la
demande de mutation de _____ et certifie exact les données
de ce formulaire.

Fait à _____ Le _____
Signature du Directeur

Cachet de l'Institut