

Année
d'immatriculation

2 0 1 9

Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick
a/s Registraire, AENB
C. P. 3122,
Sackville, NB E4L 4P2
Tél: Bureau : 1-(888) 896-2244 Télco. : 1-(888) 896-2299

PERSONNEL

Voir la page ci-jointe pour les codes et les instructions

Numéro d'immatriculation [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

1. Statut d'immatriculation (code) [] []

Nom: _____

2. Catégorie d'adhésion professionnelle (code) [] []

Adresse: _____

A. Membre de l'ACE? Oui Non Numéro [] [] [] []

Ville/village/prov.: _____

B. Membre de l'OEQ? Oui Non Numéro [] [] [] []

Code postal: _____ Tél. : _____

C. Autre organisme? Oui Non

Courrier électronique: _____

Préciser : _____

Adresse de travail: _____

D. Exigence en vertu du règlement - nombre d'heures de pratique professionnelle :

1 avr '14 - 31 mars '15 _____ hres 1 avr '17 - 31 mars '18 _____ hres

1 avr '15 - 31 mars '16 _____ hres 1 avr '18 - 31 mars '19 _____ hres

1 avr '16 - 31 mars '17 _____ hres

Ville/village/prov.: _____

Code postal: _____

Tél. : _____ Télco. : _____

E. Province/territoire/état/pays précédent (le cas échéant)

de résidence [] [] [] [] /d'emploi [] [] [] [] /d'inscription [] [] [] [] (code)

F. Numéro d'immatriculation dans la région administrative précédente: _____

3. Sexe F M

4. Année de naissance [] [] [] []

5. Je préfère recevoir ma correspondance en français ou en anglais

6. Je peux offrir mes services dans la ou les langue (s) suivante (s) (code) [] [] et [] [] Si 99, préciser quelles langue(s) _____

7. ÉDUCATION

7A. Éducation en ergothérapie SEULEMENT

Niveau	Université (code)	Année d'obtention du diplôme	Province (code)	À/Après l'arrivée sur le marché du travail
Diplôme	[] [] _____ Si code 98 ou 99, préciser	[] [] [] []	[] [] [] []	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Bac.	[] [] _____ Si code 98 ou 99, préciser	[] [] [] []	[] [] [] []	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Maîtrise	[] [] _____ Si code 98 ou 99, préciser	[] [] [] []	[] [] [] []	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Doctorat	[] [] _____ Si code 98 ou 99, préciser	[] [] [] []	[] [] [] []	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée

Optionnel (8, 9)

8. Domaine(s) de spécialisation [] [] [] & [] [] []
& [] [] [] & [] [] []

Si code 98 ou 99, préciser _____

9. Domaine(s) d'intérêt particulier (code) [] [] [] & [] [] []
& [] [] [] & [] [] []

Si code 98 ou 99, préciser _____

EMPLOI

10. Nombre d'années de travail en ergo. au total [] []

11. Nombre d'années de travail en ergo. au N.-B. au total [] []

12. Si vous ne travaillez pas en ergo, cherchez-vous un emploi? Oui Non

13. Faites-vous surtout du travail en pratique privée? Oui Non

14. Emploi actuel (code) [] []

Niveau (code)	Discipline/Faculté (code)	Université	Année d'obtention du diplôme	Province (code)
[] []	[] [] _____ Si code 99, préciser	_____	[] [] [] []	[] [] [] []
[] []	[] [] _____ Si code 99, préciser	_____	[] [] [] []	[] [] [] []
[] []	[] [] _____ Si code 99, préciser	_____	[] [] [] []	[] [] [] []
[] []	[] [] _____ Si code 99, préciser	_____	[] [] [] []	[] [] [] []

Voir verso

Année d'immatriculation

Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick
a/s Registrataire, AENB
C. P. 3122,
Sackville, NB E4L 4P2
Tél: Bureau : 1-(888) 896-2244 Télco. : 1-(888) 896-2299

Voir la page ci-jointe pour les codes et les instructions

Numéro d'immatriculation

15. EMPLOI: VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT REMPLIR LE PROFIL D'EMPLOI À COMPTER DE LA DATE D'AGRÈMENT

EMPLOI 1 :
A. Employé(e) en ergo.? Oui Non B. Type d'emploi (code) C. Source de financement (code) D. Date d'entrée en fonction année mois
E. Établissement/organisme/entreprise _____
F. Ville/village _____ Code postal _____ Province (code)

G. Rôle (code)	H. Lieu de service (code)	I. Clientèle (code)	J. Niveau de soins au client (code)	K. Langue de service (code)	L. Domaine de pratique (code)	M. Moyenne d'heures de travail par semaine
<input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

EMPLOI 2 :
A. Employé(e) en ergo.? Oui Non B. Type d'emploi (code) C. Source de financement (code) D. Date d'entrée en fonction année mois
E. Établissement/organisme/entreprise _____
F. Ville/village _____ Code postal _____ Province (code)

G. Rôle (code)	H. Lieu de service (code)	I. Clientèle (code)	J. Niveau de soins au client (code)	K. Langue de service (code)	L. Domaine de pratique (code)	M. Moyenne d'heures de travail par semaine
<input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

En signant le présent formulaire d'immatriculation, j'accepte de me soumettre et de respecter les modalités de la Loi sur l'ergothérapie et les règlements de l'Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick.

Conformément aux règlements, je suis membre de l'Association canadienne des ergothérapeutes ou de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Date: _____

Signature: _____

Pour l'usage du bureau: Date reçue _____ Montant reçu _____ Numéro du reçu _____