

Année  
d'immatriculation

2 0 2 4

Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick  
a/s Registraire, AENB  
C. P. 4506,  
Rothesay, NB E2E 5X2  
Tél: Bureau : 1-(888) 896-2244

**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 '19- 31 mars '20 \_\_\_\_\_ hres 1 avr '22 - 31 mars '23 \_\_\_\_\_ hres

1 avr '20 - 31 mars '21 \_\_\_\_\_ hres 1 avr '23 - 31 mars '24 \_\_\_\_\_ hres

1 avr '21- 31 mars '22 \_\_\_\_\_ hres

Ville/village/prov.: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Téléco. : \_\_\_\_\_

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

de résidence  /d'emploi  /d'inscription

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	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ Si code 98 ou 99, préciser	<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="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Bac.	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ Si code 98 ou 99, préciser	<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="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Maîtrise	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ Si code 98 ou 99, préciser	<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="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Doctorat	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ Si code 98 ou 99, préciser	<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="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)

7B. Autre formation SEULEMENT				
Niveau (code)	Discipline/Faculté (code)	Université	Année d'obtention du diplôme	Province (code)
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ Si code 99, préciser	_____	<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"/> _____ Si code 99, préciser	_____	<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"/> _____ Si code 99, préciser	_____	<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"/> _____ Si code 99, préciser	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Voir verso

Année  
d'immatriculation

2 0 2 4

Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick  
a/s Registrnaire, 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 \_\_\_\_\_