

Année
d'immatriculation

2026

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)

2. Catégorie d'adhésion professionnelle (code)

A. Membre de l'ACE?

Oui ☐

Non ☐

Numéro

B. Membre de l'OEQ?

Oui ☐

Non ☐

Numéro

C. Autre organisme?

Oui ☐

Non ☐

Préciser :

Adresse de travail:

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

1 avr '21 - 31 mars '22 hres 1 avr '24 - 31 mars '25 hres

1 avr '22 - 31 mars '23 hres 1 avr '25 - 31 mars '26 hres

1 avr '23 - 31 mars '24 hres

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"/> <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="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Bac.	<input type="text"/> <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="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Maîtrise	<input type="text"/> <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="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée
Doctorat	<input type="text"/> <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="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée

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"/> <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"/>

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)

Voir verso

Année d'immatriculation 2026

Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick
a/s Registrare, 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 _____