

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

Nom: _____

Adresse: _____

Ville/village/prov.: _____

Code postal: _____ **Tél. :** _____

Courrier électronique: _____

1. Statut d'immatriculation (code)

2. Catégorie d'adhésion professionnelle (code)

A. Membre de l'ACE? Oui Non Numéro

Oui Non Numéro

B. Membre de l'OEQ? Oui Non Numéro

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

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, Oui Non cherchez-vous un emploi?

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 Registraire, AENB
C. P. 3122,
Sackville, NB E4L 4P2
Tél: Bureau : 1-(888) 896-2244 Téleco. : 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'agrément

EMPLOI 1 :

A. Employé(e) en ergo.? Oui Non B. Type d'emploi 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .						

EMPLOI 2 :

A. Employé(e) en ergo.? Oui Non B. Type d'emploi 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .						

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