

Année
d'immatriculation

2026

Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick
a/s Registrataire, 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 '21 - 31 mars '22 _____ hres 1 avr '24 - 31 mars '24 _____ hres

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

1 avr '23 - 31 mars '24 _____ hres

Ville/village/prov.: _____

Code postal: _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

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 ☐ H ☐

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			☐ À l'arrivée ☐ Après l'arrivée
Bac.	_____ Si code 98 ou 99, préciser			☐ À l'arrivée ☐ Après l'arrivée
Maîtrise	_____ Si code 98 ou 99, préciser			☐ À l'arrivée ☐ Après l'arrivée
Doctorat	_____ Si code 98 ou 99, préciser			☐ À l'arrivée ☐ Après l'arrivée

7B. Autre formation SEULEMENT				
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	_____		

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	

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	

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