



PHOTO DE
FORMAT
PASSEPORT

DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER : DIPLÔMÉS INTERNATIONAUX EN SCIENCES INFIRMIÈRES

A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____
Nom de famille Prénom Second prénom

Nom de jeune fille : _____ Ancien(s) nom(s) : _____

Adresse actuelle : _____
App. Rue

_____ Ville État / Province Code Postal / code de zone Pays

Numéro de téléphone : (_____) _____ (_____) _____
Domicile Cellulaire

Adresse électronique : _____

Sexe : féminin masculin Langue maternelle : anglais français autre

Date de naissance ____/____/____ Pays de naissance : _____
jour mois année

B. FORMATION INFIRMIÈRE INITIALE

École de formation infirmière : _____
Nom complet de l'école

Lieu : _____
ville pays

Durée du programme : _____ années Année d'obtention du diplôme : _____

Autre formation infirmière : _____

C. STATUT RELATIF À L'AUTORISATION D'EXERCER

Autorisation d'exercer	Province/État/Pays	Numéro du certificat d'autorisation	Date d'entrée en vigueur	Date d'expiration
Autorisation initiale				
Autre autorisation				
Autre autorisation				



D. DÉCLARATION DU CANDIDAT / DE LA CANDIDATE

Avez-vous déjà fait une demande d'autorisation d'exercer dans une autre province ou un territoire du Canada?

ÿ Oui ÿ Non Veuillez préciser : _____

Une évaluation de votre compétence infirmière a-t-elle été faite par une autre province ou un territoire du Canada?

ÿ Oui ÿ Non Veuillez préciser : _____

L'autorisation d'exercer vous a-t-elle déjà été refusée dans une autre province ou un territoire du Canada?

ÿ Oui ÿ Non Veuillez préciser : _____

Avez-vous fait l'Examen d'autorisation infirmière au Canada ou l'examen équivalent du Québec?

ÿ Oui ÿ Non Si oui, veuillez préciser le(s) lieu(x) ainsi que le nombre de tentatives : _____

Votre permis d'exercice a-t-il déjà été suspendu, révoqué ou soumis à des conditions ou à des restrictions en vertu d'une enquête ou d'une audience dans une autre province, territoire ou pays?

ÿ Oui ÿ Non Veuillez préciser : _____

Des accusations criminelles ont-elles déjà été portées contre vous ou avez-vous déjà été reconnu(e) coupable d'une infraction criminelle?

ÿ Oui ÿ Non Veuillez préciser : _____

Lieu d'emploi prévu : _____

E. PAIEMENT

Des frais d'administration de 452 \$ doivent accompagner la présente demande.

Mode de paiement : € Chèque certifié € Mandat € Visa € MasterCard € Espèces					
Pour une carte de crédit, veuillez fournir l'information suivante :					
Numéro de la carte : ½		½	½	½	½
Date d'expiration ½		½	½	½	½
Nom du titulaire de la carte			Signature		

Veuillez faire parvenir votre certificat de naissance (et de mariage, le cas échéant). Ces documents sont nécessaires pour la vérification de vos dossiers. **Nous acceptons uniquement les originaux ou des copies certifiées par un notaire public.** Si vous envoyez les documents originaux, ils vous seront retournés.

Par la présente, je demande l'immatriculation auprès de l'AIINB pour avoir le droit d'exercer la profession infirmière et je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais et complets. Je comprends que, au Nouveau-Brunswick, il est illégal d'exercer la profession infirmière sans détenir un certificat d'immatriculation valide.

Je comprends que l'AIINB peut recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels afin de remplir le mandat de protection du public que lui confère la Loi sur les infirmières et infirmiers aux fins de réglementation de la profession, de recherche, de statistiques, de formation, de planification et de maintien de la base de données.

_____ Date

_____ Signature

Veuillez retourner le formulaire signé à l'AIINB accompagné des frais d'administration.



LANGUE

Les candidates et candidats dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français sont tenus de soumettre une attestation de compétence dans l'une ou l'autre de ces deux langues avant d'avoir le droit de présenter une demande d'immatriculation. Les résultats doivent être envoyés directement à l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB). Les tests linguistiques suivants ont été approuvés.

En anglais		
Nom du test	Note de passage minimale	Coordonnées
1	IELTS (version théorique) (International English Language Testing System)	www.ielts.org L'examen est offert au Nouveau-Brunswick
	Expression orale - 7.0 Compréhension orale - 7.5 Compréhension écrite - 6.5 Expression écrite - 7.0 Note globale - 7.0 Les résultats ci-dessus prennent en considération le standard de déviation	
2	CELBAN (Canadian English Language Benchmark Assessment for Nurses)	www.celban.org courriel : celas@rc.mb.ca Téléphone : 1-204-945-0588 Télécopieur : 1-204-948-3214
	Expression orale - 8.0 Compréhension orale - 10.0 Compréhension écrite - 8.0 Expression écrite - 7.0	
En français		
1	TEF (Test d'évaluation de français)	http://www.axion21.com Email: joelleimbert@yahoo.com Téléphone: 1-514-731-3134 Télécopieur: 1-514-731- 7932
	Expression orale: 5.0 Compréhension orale: 5.0 Compréhension écrite: 4.0 Expression écrite: 4.0 Vocabulaire et structure: 4.0	



DÉCLARATION D'EMPLOI ET RÉFÉRENCES

Nom : _____
Nom de famille Prénom Deuxième prénom

Nom de jeune fille : _____ **Ancien(s) nom(s) :** _____

Date de naissance ____/____/____ **Pays de naissance :** _____
jour mois année

Veillez mentionner tous vos employeurs des cinq dernières années, y compris la durée d'emploi et le motif de départ. Le nom et le poste de **deux références sont exigés de votre dernier employeur en soins infirmiers**, qui doit fournir des références professionnelles à l'AIINB.

Période d'emploi	Nom et adresse de l'employeur	Votre poste	Motif de départ	Nom et poste des références

_____ Date

_____ Signature

À retourner à FAIINB par la candidate / le candidat.



VÉRIFICATION DE L'AUTORISATION D'EXERCER INITIALE

SECTION A (À remplir par la candidate /le candidat et à envoyer à l'organisme de réglementation qui a accordé l'autorisation d'exercer initiale.)

Nom : _____
 Nom de famille Prénom Deuxième prénom

Nom de jeune fille : _____ **Ancien(s) nom(s) :** _____

Adresse actuelle : _____

_____ Ville État/province Pays

Date de naissance : ____/____/____ **Mon numéro d'autorisation dans vos dossiers :** _____
 jour mois année

Diplôme décerné par : _____

Date d'obtention du diplôme : ____/____/____
 jour mois année

_____ Date Signature

SECTION B (À remplir par l'organisme de réglementation infirmière et à envoyer directement à l'AIINB.)

Au nom de _____ **, j'atteste par la présente que**
 Organisme de réglementation
 _____ **a obtenu son diplôme de** _____
 Nom de la candidate/du candidat École de formation infirmière

située à _____ **et a reçu l'autorisation d'exercer la profession infirmière**
 Ville Province/État/Pays

le ____/____/____ **portant le numéro** _____
 jour mois année

L'autorisation a été obtenue par :

- Examen
- Reconnaissance du titre de compétence

RENSEIGNEMENTS SUR L'EXAMEN	
Examen d'autorisation :	<input type="checkbox"/> NCLEX <input type="checkbox"/> Autre
Note obtenue :	_____
Nombre de tentatives :	_____

L'autorisation d'exercer actuelle accordée à la personne susmentionnée par cet organisme de réglementation est valide jusqu'au _____.

Statut de l'autorisation d'exercer/de membre de la personne pour les cinq dernières années :	Année	Statut
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

À l'heure actuelle, cette autorisation d'exercer est-elle suspendue, révoquée, soumise à des conditions ou restrictions ou fait-elle l'objet d'une enquête? Oui Non

_____ Date _____ Nom en caractères d'imprimerie et signature

Sceau/timbre officiel



VÉRIFICATION DE L'AUTORISATION D'EXERCER ACTUELLE

SECTION A (À remplir par la candidate / le candidat et à envoyer à l'organisme de réglementation qui a accordé l'autorisation d'exercer initiale.)

Nom : _____
 Nom de famille Prénom Deuxième prénom

Nom de jeune fille : _____ **Ancien(s) nom(s) :** _____

Adresse actuelle : _____

_____ Ville État/province Pays

Date de naissance : ____/____/____ **Mon numéro d'autorisation dans vos dossiers :** _____
 jour mois année

Diplôme décerné par : _____

Date d'obtention du diplôme : ____/____/____
 jour mois année

_____ Date Signature

SECTION B (À remplir par l'organisme de réglementation infirmière et à envoyer directement à l'AIINB.)

Au nom de _____ **, j'atteste par la présente que**
 organisme de réglementation

a obtenu son diplôme de _____
 Nom de la candidate/du candidat École de formation infirmière

située à _____ **et a reçu un certificat d'autorisation infirmière**
 Ville Province/État/Pays

le ____/____/____ **portant le numéro** _____
 jour mois année

L'autorisation a été obtenue par :

- Examen
- Reconnaissance du titre de compétence

RENSEIGNEMENTS SUR L'EXAMEN	
Examen d'autorisation:	<input type="checkbox"/> NCLEX <input type="checkbox"/> Autre
Note obtenue :	_____
Nombre de tentatives :	_____

L'autorisation d'exercer actuelle accordée à la personne susmentionnée par cet organisme de réglementation est valide jusqu'au _____.

Statut de l'autorisation d'exercer/de membre de la personne depuis au cours des cinq dernières années :	Année	Statut
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

À l'heure actuelle, cette autorisation d'exercer est-elle suspendue, révoquée, soumise à des conditions ou restrictions ou fait-elle l'objet d'une enquête? Oui Non

_____ Date Nom en caractères d'imprimerie et signature

Sceau/timbre officiel



RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES

RENSEIGNEMENTS SUR LA CANDIDATE/LE CANDIDAT (À remplir par la candidate/le candidat et à faire parvenir à l'employeur en soins infirmiers le plus récent.)

Nom de la candidate/du candidat : _____ Ancien(s) nom(s)/nom de jeune fille : _____

Nom de l'auteur de la référence : _____ Poste : _____

RÉFÉRENCE DE L'EMPLOYEUR (À remplir par le surveillant/l'employeur de la candidate/du candidat)

Période d'emploi : du _____ au _____ Statut : à temps plein à temps partiel

<u>Caractéristiques</u>	<u>Très bien</u>	<u>Moyen</u>	<u>passable</u>	<u>faible</u>
A. Qualités personnelles				
1) initiative				
2) motivation				
3) fiabilité				
4) maturité				
B. Relations avec				
1) les pairs				
2) les clients				
3) les professionnels				
C. Capacités infirmières				
1) capacité d'organiser son travail				
2) capacité d'appliquer des connaissances				
3) capacité de satisfaire aux normes de soins				
4) leadership				

Vu son rendement passé, est-ce que vous réembaucheriez cette personne? Oui Non

Si votre réponse est non, veuillez expliquer: _____

Cette référence s'appuie-t-elle sur votre connaissance personnelle de la personne? Oui Non
sur le dossier d'employé? Oui Non

Nom en caractères d'imprimerie : _____ **Signature :** _____

Titre : _____ **Organisme :** _____

Adresse : _____

Date : _____ **Numéro de téléphone :** _____

Cette référence doit être envoyée directement à l'AINB.



RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES

RENSEIGNEMENTS SUR LA CANDIDATE/LE CANDIDAT (À remplir par la candidate/le candidat et à faire parvenir à l'employeur en soins infirmiers le plus récent.)

Nom de la candidate/du candidat : _____ Ancien(s) nom(s)/nom de jeune fille : _____

Nom de l'auteur de la référence : _____ Poste : _____

RÉFÉRENCE DE L'EMPLOYEUR (À remplir par le surveillant/l'employeur de la candidate/du candidat)

Période d'emploi : du _____ au _____ Statut : à temps plein à temps partiel

<u>Caractéristiques</u>	<u>Très bien</u>	<u>Moyen</u>	<u>passable</u>	<u>faible</u>
A. Qualités personnelles				
1) initiative				
2) motivation				
3) fiabilité				
4) maturité				
B. Relations avec				
1) les pairs				
2) les clients				
3) les professionnels				
C. Capacités infirmières				
1) capacité d'organiser son travail				
2) capacité d'appliquer des connaissances				
3) capacité de satisfaire aux normes de soins				
4) leadership				

Vu son rendement passé, est-ce que vous réembaucheriez cette personne? Oui Non

Si votre réponse est non, veuillez expliquer: _____

Cette référence s'appuie-t-elle sur votre connaissance personnelle de la personne? Oui Non
sur le dossier d'employé? Oui Non

Nom en caractères d'imprimerie : _____ **Signature :** _____

Titre : _____ **Organisme :** _____

Adresse : _____

Date : _____ **Numéro de téléphone :** _____

Cette référence doit être envoyée directement à l'AINB.



CONFIRMATION DES HEURES

SECTION A (À remplir par la candidate/le candidat et à envoyer aux employeurs en soins infirmiers des cinq dernières années.)

Nom : _____
 Nom de famille Prénom Deuxième prénom

Nom de jeune fille : _____ **Ancien(s) nom(s) :** _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
 jour mois année

J'ai occupé un emploi d'infirmière autorisée/d'infirmier autorisé du _____ / _____ **au** _____ / _____.
 mois année mois année

Par la présente, j'autorise la divulgation à l'AIINB de l'information demandée dans ce formulaire.

Date

Signature

SECTION B (À remplir par l'employeur et à retourner directement à l'AIINB.)

J'atteste par la présente que _____ **a exercé la profession infirmière**
 nom de l'infirmière/infirmier
à cet établissement.

Voici un compte rendu exact des heures réellement travaillées par année pour chacune des cinq dernières années.

du 1^{er} janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
 année année

du 1^{er} janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
 année année

du 1^{er} janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
 année année

du 1^{er} janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
 année année

du 1^{er} janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
 année année

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Signature

Date

Nom de l'organisme/l'établissement

Adresse de courriel

Ce formulaire doit être remis directement à l'AIINB.



RENSEIGNEMENTS SUR LA FORMATION INFIRMIÈRE

Section A – Renseignements sur la candidate/le candidat. (À remplir et à envoyer à votre école de formation infirmière initiale.)

Nom : _____
 Nom de famille Prénom Deuxième prénom

Nom de jeune fille : _____ **Ancien(s) nom(s) :** _____

Date de naissance : ____/____/____ **Date d'obtention du diplôme :** ____/____/____
 jour mois année jour mois année

École de formation infirmière : _____
 Nom complet de l'école de formation infirmière

Lieu : _____
 Ville État/Province Pays

_____ Date Signature

Section B – Formation infirmière (À remplir par les responsables de l'école.)

Veillez retourner le formulaire directement à l'AINB accompagné d'un relevé de notes officiel et d'une description du contenu des cours

Nom de la candidate/du candidat : _____ **Langue d'enseignement :** _____

Date d'admission : ____/____/____ **Date d'achèvement :** ____/____/____
 jour mois année jour mois année

	Heures cliniques	Heures théoriques	Total
Soins infirmiers en chirurgie			
Soins infirmiers en médecine			
Soins infirmiers en obstétrique			
Soins infirmiers en pédiatrie			
Soins en psychiatrie/santé mentale			
Autre (veuillez préciser)			
Nombre total d'heures			

Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus au sujet de la candidate/du candidat dont le nom figure sur ce formulaire sont exacts et que cette personne a suivi avec succès le programme de formation infirmière.

_____ Poste

_____ Nom en caractères d'imprimerie

_____ Date

_____ Signature

Sceau/timbre officiel

Ce formulaire doit être remis directement à l'AINB.