



## DEMANDE DE RÉTABLISSEMENT D'IMMATRICULATION 2019

### A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Si votre nom diffère du nom sous lequel vous avez obtenu votre immatriculation au Nouveau-Brunswick la dernière fois, prière de nous faire parvenir une copie de votre certificat de mariage ou une déclaration attestant que vous utilisez votre nom de jeune fille.

**Nom :** \_\_\_\_\_  
 Nom de famille Prénom Second prénom

**Nom de jeune fille :** \_\_\_\_\_ **Autre(s) nom(s) :** \_\_\_\_\_

**Adresse actuelle :** \_\_\_\_\_  
 App Rue

\_\_\_\_\_ Ville Province/État Code postal/code de zone Pays

**Numéro de téléphone :** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Domicile Cellulaire

**Adresse électronique :** \_\_\_\_\_

**Sexe :**  féminin  masculin **Je désire recevoir la documentation en :**  anglais  français

**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **N° d'immatriculation au N.-B. :** \_\_\_\_\_  
 jour mois année

### B. STATUT DEMANDÉ (Indiquez votre choix et vous référer à la liste des cotisations à la page #3)

Infirmière Immatriculée  Infirmière praticienne immatriculée  Membre non actif

**J'ai évalué ma pratique et j'ai élaboré, mis en œuvre et évalué un plan d'apprentissage pour l'année 2018.**

Oui  Non préciser : \_\_\_\_\_

**L'autorisation d'exercer vous a-t-elle déjà été refusée dans une autre province/territoire/état, ou pays?**

Oui  Non préciser : \_\_\_\_\_

**Est-ce que votre permis d'exercice est présentement suspendu, révoqué, soumis à des conditions ou des restrictions, ou fait-il l'objet d'une enquête dans une autre province ou territoire?**

Oui  Non préciser : \_\_\_\_\_

**Depuis la dernière fois que vous avez demandé votre immatriculation, avez-vous été inculpé ou déclaré coupable d'une infraction criminelle?**

Oui  Non préciser : \_\_\_\_\_

### C. CANDIDAT RÉSIDANT AU N.-B.

**Avez-vous un emploi présentement?**  Oui  Non **Prévoyez-vous commencer un nouvel emploi?**  Oui  Non

**Nom et lieu de votre employeur présent :** \_\_\_\_\_



Nom et lieu de votre futur employeur : \_\_\_\_\_

Retournez-vous au travail suite à une absence autorisée?  Oui  Non Si oui : du: \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
 jj/mm/aa jj/mm/aa

Spécifier quel genre de congé : maternité   
 maladie   
 invalidité   
 autre  préciser \_\_\_\_\_

**D. CANDIDATES RÉSIDANT HORS DU NOUVEAU BRUNSWICK**

Avez-vous travaillé comme infirmière.immatriculée hors du N.-B. depuis la dernière fois que vous avez été immatriculée avec l’AIINB?  Oui  Non

Un formulaire de confirmation de vos heures de travail des cinq dernières années doit être rempli par tous vos employeurs et acheminé directement à l’AIINB.

Nom et adresse de l’employeur	Votre poste	Période de l’emploi
		du: _____ au: _____
		du: _____ au: _____
		du: _____ au : _____

**E. VÉRIFICATION DE L’AUTORISATION D’EXERCER ACTUELLE**

Un formulaire de vérification de l’autorisation d’exercer actuelle doit être complétée par l’organisme de réglementation et envoyé directement à l’AIINB.

**JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-HAUT SONT EXACTS.**

Je comprends qu’afin de remplir son mandat de protection du public que lui confère la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, l’AIINB recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels pour répondre aux besoins relatifs à la réglementation professionnelle, à la recherche, aux statistiques, à la formation, à la planification et à la base de données en soins infirmiers et pour fournir ou offrir des services directement à ses membres ou par le truchement de l’Association des infirmières et infirmiers du Canada, de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, de Meloche Monnex ou d’autres («tiers») lorsque l’AIINB estime que de tels services pourraient intéresser ses membres. Je consens à recevoir des communications électroniques de l’AIINB et de tiers au sujet de tels services, et je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps. Je comprends que je peux communiquer avec l’AIINB à tout moment pour vérifier l’usage ou la divulgation des renseignements que je fournis à l’AIINB.

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature

**F. FRAIS (Voir page suivante le barème des frais d’immatriculation)**

Mode de paiement  Chèque certifié  Mandat de poste  Visa  MasterCard  Espèces \_\_\_\_\_ \$

Pour carte de crédit, veuillez fournir l’information suivante :

Numéro de la carte : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date d’expiration \_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nom du titulaire de la carte

\_\_\_\_\_ Signature



## **F. FRAIS D'IMMATRICULATION 2019** (en monnaie canadienne seulement)

S.V.P., envoyer les frais d'immatriculation selon la date à laquelle vous prévoyez exercer la profession infirmière au Nouveau-Brunswick. Les certificats d'immatriculation demeurent valides jusqu'au 30 novembre.

<b><u>FRAIS D'IMMATRICULATION ACTIVE</u></b>	
Du 1 <sup>er</sup> décembre 2018 au 30 novembre 2019	556,14 \$
Si expiré	613,64 \$
Du 1 <sup>er</sup> juin 2019 au 30 novembre 2019	333,68 \$
Si expiré	391,18 \$
Du 1 <sup>er</sup> septembre 2019 au 30 novembre 2019	166,84 \$
Si expiré	224,34 \$
<b><u>FRAIS D'IMMATRICULATION NON ACTIVE</u></b>	
Membre non actif	46,00 \$
Si expiré	57,50 \$
Membre non actif et membre de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada	115,69 \$
Si expiré	127,19 \$

Le membre non actif reçoit les publications de l'Association, peut participer aux activités de la section et peut s'inscrire à un cours de réintégration à la profession. Le membre non actif n'exerce pas activement la profession infirmière au Nouveau-Brunswick.

<b><u>TRANSFERT DE NON ACTIF À ACTIVE</u></b>	
<b>Ces frais comprennent un crédit pour les frais non actifs déjà payés</b>	
Du 1 <sup>er</sup> décembre 2018 au 30 novembre 2019	510,14 \$
Du 1 <sup>er</sup> juin au 30 2019 au 30 novembre 2019	287,68 \$
Du 1 <sup>er</sup> septembre 2019 au 30 novembre 2019	120,84 \$

(Tous les frais comprennent la T.V.H de 15 %.)

N'hésitez pas à communiquer avec le **service d'immatriculation** pour de plus amples renseignements ou des précisions à ce sujet aux (506)458-8731 ou 1-800-442-4417 (seulement dans la province).



**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 second prénom

**Nom de jeune fille :** \_\_\_\_\_ **Ancien(s) nom(s) :** \_\_\_\_\_

**Adresse actuelle :** \_\_\_\_\_  
App Rue

\_\_\_\_\_  
Ville Province/État Code postal /code de zone Pays

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

**Diplôme décerné par :** \_\_\_\_\_ **Date d'obtention du diplôme :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
École de formation infirmière jour mois année

\_\_\_\_\_  
Date Signature

**SECTION B** (À remplir par l'organisme de réglementation 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/États/ Pays

**le** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, **portant le numéro** \_\_\_\_\_  
jour mois année

**L'autorisation a été obtenue par :**

- Examen
- Reconnaissance

**RENSEIGNEMENTS SUR L'EXAMEN**

**Examen d'autorisation :**  EAIC  NCLEX  Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

**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 au cours des cinq dernières années :**

Année	Statuts
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**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 ou d'une audience?**  Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Date Nom en caractère d'imprimerie et signature

**Sceau/timbre officiel**



## 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 second prénom

**Nom de jeune fille :** \_\_\_\_\_ **Ancien (s) nom (s) :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **N° d'immatriculation :** \_\_\_\_\_  
jour mois année

**J'ai occupé un emploi d'infirmière immatriculée/d'infirmier immatriculé 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**  
Nom de l'infirmière/infirmier  
**infirmière à cet établissement.**

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

Du 1er janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

Du 1er janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

Du 1er janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

Du 1er janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

Du 1er janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

## **RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR**

\_\_\_\_\_ Nom en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ Nom de l'organisme/l'établissement

\_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province/État \_\_\_\_\_ Pays

\_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Adresse de courriel

**Ce formulaire doit être remis directement à l'AIINB**