

## DEMANDE DE RÉTABLISSEMENT D'IMMATRICULATION 2023

### 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  non-binaire 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 2022.

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 : \_\_\_\_\_



165, rue Regent Street, Fredericton N.-B., Canada, E3B 7B4  
 Tél. : (506) 458-8731 Téléc. : (506) 459-2838 Sans frais : 1 800 442-4417  
 Courriel : aiinbimmatriculation@aiinb.nb.ca

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 AVEC TRAVAIL HORS DU NOUVEAU BRUNSWICK**

Avez-vous travaillé comme infirmière/infirmier immatriculé(e) hors du N.-B. depuis que vous avez été immatriculé(e) avec l'AIINB?  Oui  Non

Si oui, et si vous n'êtes pas activement immatriculé(e) au Canada, un formulaire de confirmation de vos heures de travail doit être rempli par 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**

Si vous êtes activement immatriculé(e) dans une autre juridiction canadienne, veuillez remplir et soumettre le formulaire « Confirmation d'immatriculation active ».

Si vous n'êtes pas activement immatriculé(e) dans une autre juridiction au Canada, un formulaire de vérification d'autorisation d'exercer doit être complétée et envoyée directement par l'organisme de réglementation de chaque juridiction où vous avez été immatriculé(e) depuis la dernière fois que vous été immatriculé(e) avec 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**

Dès que votre demande a été traité, nous vous enverrons une facture pour les frais d'immatriculation par courriel. Vous pourrez le régler par carte de crédit à partir de votre profil AIINB, dans la section « Mes factures ». Vous pourrez imprimer un reçu après le paiement de la facture.



[www.nanb.nb.ca](http://www.nanb.nb.ca)

[www.aiinb.nb.ca](http://www.aiinb.nb.ca)

## CONFIRMATION OF ACTIVE REGISTRATION/ ATTESTATION D'IMMATRICULATION ACTIVE

This form is to be completed and returned by applicants/former members who currently hold an active registration and are licensed to practise in another Canadian province or territory.

Ce formulaire doit être rempli par toutes les personnes actuellement titulaires d'une immatriculation et d'un permis d'exercice valide ailleurs au Canada.

### SECTION A:

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nom: (surname/nom de famille) (given names / prénoms) Date de naissance (day/jour – month/mois – year/année)

### SECTION B:

Please fill out the information below and return to NANB by e-mail at [nanbregistration@nanb.nb.ca](mailto:nanbregistration@nanb.nb.ca). If you are registered in more additional provinces than you have space for, please only include the jurisdictions with the latest expiry dates.

Veuillez fournir les renseignements ci-dessous puis envoyez le formulaire à [aiinbimmatriculation@aiinb.nb.ca](mailto:aiinbimmatriculation@aiinb.nb.ca). Si vous avez une immatriculation dans plus de provinces que le nombre de lignes, incluez seulement celles dont la validité restante est la plus longue.

Province of Registration / Province d'immatriculation	Registration number / Numéro d'immatriculation	Date of First Registration/ Date de première immatriculation	Date of Expiry / Date d'expiration

### SECTION C:

I acknowledge that NANB may audit the information I provided here, and that I may be required to provide official proof of my registration in another Canadian province or territory at NANB's request.

Je comprends que l'AIINB peut vérifier les informations fournies ici et me demander de fournir une preuve officielle de mon immatriculation ailleurs au Canada.

I HEREBY CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT  
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-HAUT SONT EXACTS

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**VÉRIFICATION D'IMMATRICULATION**

**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 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 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/États/ Pays

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

**L'autorisation a été obtenu par :**

- Examen
- Reconnaissance

<b><u>RENSEIGNEMENTS SUR L'EXAMEN</u></b>	<input type="checkbox"/> EAIC
<b>Examen d'autorisation :</b>	<input type="checkbox"/> NCLEX
<b>Note obtenue :</b> _____	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier)
<b>Nombre d'essais :</b> _____	_____

**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	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 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
Du 1er janvier au 31 décembre _____	=	_____ heures
_____		année
Du 1er janvier au 31 décembre _____	=	_____ heures
_____		Année
Du 1er janvier au 31 décembre _____	=	_____ heures
_____		année
Du 1er janvier au 31 décembre _____	=	_____ heures
_____		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**