

Année d'inscription:

Association des travailleuses et des travailleurs sociaux du N.-B.
C.P. 1533, Succursale A
Fredericton, (N.-B.) E3B 5G2
Téléphone: (506) 459-5595 Télécopieur: (506) 457-1421
Courrier électronique: info@nbasw-attsnb.ca

d'immatriculation/
de membre:

Voir les codes ci-joints

1. État d'inscription (code):
2. a. Catégorie de membre (code):
- b. (le cas échéant) Province/territoire/état/pays précédent (code)
de résidence:
d'emploi:
d'inscription: Numéro d'inscription dans la région administrative précédente:
3. Chapitre de l'ATSNB (code):
4. Sexe: A F M
5. Année de naissance:
6. Je désire recevoir la documentation en: A F

Nom: _____
 Adresse postale: _____
 Ville/Village: _____
 Province: _____
 Code postal: _____
 Courrier électronique: _____
 No. de téléphone résidentiel: _____

7. Je peux offrir des services dans la ou les langues suivantes (code):
 + + +
 Si 99 (autres), précisez: _____

| 9a. Diplômes en travail social SEULEMENT | | | | | 9b. Autres Diplômes SEULEMENT | | | | |
|--|---|---|--|--|---|---|-------------------------|---|--|
| Niveau | Université (code) | Année | Province/ Pays (code) | À/Après l'arrivée sur le marché du travail | Niveau (code) | Discipline (code) | L'Institut de formation | Année | Province/ Pays (code) |
| Baccalauréat: | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Maîtrise: | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Doctorat: | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

10. Domaine(s) d'expérience (code): + + Si code 04 ou 99, précisez: _____
11. L'année ou vous avez débuté votre carrière en travail social:
12. Total des années de pratique en travail social:
13. Statut d'emploi actuel, si vous n'êtes pas employé comme travail social:
14. Si vous ne travaillez pas en travail social, cherchez-vous un emploi en travail social? Oui Non

15. EMPLOI (Veuillez remplir cette section seulement si vous travaillez en travail social au Nouveau Brunswick)

EMPLOI 1

A. Employeur: Cochez une seule réponse et passez à la question B

- Pratique privée J'autorise (Veuillez voir la feuille de code) Oui Non Régies régionales de la santé
 Ministère, Gouvernement du: NB Canada Agence, première nation Agence à but non lucratif Agence à but lucratif Autre

B. Nom spécifique du Ministère, de l'agence, de l'employeur: _____

Adresse de travail civique: _____ Ville/village: _____

Province: _____ Code postal: _____ Numéro de téléphone: _____ Télécopieur: _____

C. Année d'embauche par cet employeur: Nombre de postes différents occupés dans cet organisme: _____

D. Type d'emploi (code): Cherchez-vous à changer de type d'emploi? Oui Non

| E. Fonction (code) | F. Milieu de service (code) | G. Clientèle (code) | H. Langue de service (code) | I. Type de service (code) | J. Moyenne d'heures par semaine |
|---|---|---|---|---|---|
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

EMPLOI 2

A. Employeur: Cochez une seule réponse et passez à la question B

- Pratique privée: J'autorise (Veuillez voir la feuille de code) Oui Non Régies régionales de la santé
 Ministère, Gouvernement du: NB Canada Agence, première nation Agence à but non lucratif Agence à but lucratif Autre

B. Nom spécifique du Ministère, de l'agence, de l'employeur: _____

Adresse de travail civique: _____ Ville/village: _____

Province: _____ Code postal: _____ Numéro de téléphone: _____ Télécopieur: _____

C. Année d'embauche par cet employeur: Nombre de postes différents occupés dans cet organisme: _____

D. Type d'emploi (code): Cherchez-vous à changer de type d'emploi? Oui Non

| E. Fonction (code) | F. Milieu de service (code) | G. Clientèle (code) | H. Langue de service (code) | I. Type de service (code) | J. Moyenne d'heures par semaine |
|---|---|---|---|---|---|
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Par soumettant ce formulaire d'inscription j'accepte de me conformer à la Loi relative à l'Association des travailleuses et des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick (2019) ainsi qu'aux règlements administratifs (2020), le Code de déontologie de l'Association des travailleuses et des travailleurs sociaux de Nouveau-Brunswick (2007), et les normes.

Selon la Politique sur l'éducation professionnelle continue (EPC), je dois obtenir ____ heures d'ÉPC pendant l'année d'inscription 2020-2021.
 Je déclare avoir terminé ____ heures d'ÉPC en 2020-2021.
 J'ai reporté ____ heures d'ÉPC de l'année passée.
 Par conséquent, j'ai accumulé un total de ____ heures d'ÉPC, alors je reporte ____ heures d'ÉPC (maximum de 40 heures) à 2021-2022.

Signature: _____ Date: _____

Nom inscrit sur le diplôme (s'il est différent de celui ci-dessus): _____

Réservé au bureau
Date: _____ Montant: _____ Numéro du reçu: _____