

Année d'inscription:

Association 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: nbasw@nbasw-atsnb.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:
3. Chapitre de l'ATSNB (code):
4. Sexe: F M
5. Année de naissance:
6. Je désire recevoir la documentation en: A F

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

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 l'apposition de ma signature sur ce formulaire d'inscription i) j'accepte de me conformer à la Loi de 1988 sur l'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick ainsi qu'au Code de déontologie de l'Association des travailleurs sociaux de Nouveau-Brunswick et ii) je déclare avoir terminé _____ heures de formation professionnelle continue en 2018-2019 en plus de _____ heures reportées de l'année passée pour un total de _____ heures. Il me faut _____ pour 2018-2019 (tel qu'exigé par la Directive sur la formation professionnelle continue) et alors je reporte _____ heures à 2019-2020.

Signature: _____ Date: _____

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

Réservé au bureau

Date: _____ Montant: _____ Numéro du reçu: _____

Cachet postal: _____ Date du chèque: _____