

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:  Numéro d'inscription dans la région administrative précédente:
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 2017-2018 en plus de \_\_\_\_\_ heures reportées de l'année passée pour un total de \_\_\_\_\_ heures. Il me faut \_\_\_\_\_ pour 2017-2018 (tel qu'exigé par la Directive sur la formation professionnelle continue) et alors je reporte \_\_\_\_\_ heures à 2018-2019.

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: \_\_\_\_\_