

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: Autre/préférez ne pas répondre 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 personnel: _____
No. de téléphone : _____

7. Je peux offrir des services dans la ou les langues officielles suivantes (code):
 +
- Je peux offrir des services dans la ou les langues supplémentaires suivantes :

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 soumission de ce formulaire d'inscription j'accepte de me conformer à la Loi sur l'Association des travailleuses et des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick (2019) ainsi qu'aux règlements administratifs (2020), le Code de déontologie (2007) et les normes.
Selon la Politique sur l'éducation professionnelle continue (ÉPC), je dois obtenir ___ heures d'ÉPC pendant l'année d'inscription 2022-2023. Je déclare avoir terminé ___ heures d'ÉPC en 2022-2023. J'ai reporté ___ heures d'ÉPC de l'année passée (maximum de 30 heures). Par conséquent, j'ai accumulé un total de ___ heures, alors je reporte ___ heures (maximum de 30 heures) à 2023-2024.

J'atteste que, dans le cadre des heures d'ÉPC, déclarées ci-dessus, j'ai suivi au mois une séance de formation sur la déontologie, les normes, et les lignes directrices offertes par l'ATTSNB pendant l'année d'inscription 2022-2023. Je comprends que des séances de formation sur la déontologie, les normes, et les lignes directrices offertes par l'ATTSNB supplémentaires ne peuvent pas être reportées aux années ultérieures et qu'il faut suivre chaque année au moins une séance.

Signature: _____ Date: _____