



L'ASSOCIATION DES INFIRMIER(ÈRE)S AUXILIAIRES AUTORISÉ(E)S DU NOUVEAU-BRUNSWICK
3M84 RUE SMYTHE, FREDERICTON NOUVEAU-BRUNSWICK, E3B 3E4
TÉLÉPHONE: 506-453-0747 OU 1-800-942-0222 FAX:506-459-0503
WWW.ANBLPN.CA

VÉRIFICATION DE L'ENREGISTREMENT : INFIRMIER(ÈRE) AUXILIAIRE AUTORISÉ(E)

Procédur à suivre pour compléter ce formulaire :

Étape 1 : Le demandeur doit remplir la section 1

Étape 2 : Le conseil des infirmières et infirmiers devrait remplir la section 2

Étape 3 : Le conseil des infirmières doit retourner le formulaire dûment rempli à l'AIAANB par la poste ou par courriel execdir@npls.ca

IMPORTANT : L'AIAANB n'acceptera pas ce document s'il est envoyé par le demandeur; il doit être envoyé par le organisation réglementaire.

SECTION 1 : À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE DEMANDEUR

PERSONELLE : Lettres moullées s.v.p.

_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
_____	_____	_____
Nom de fille	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Langue maternelle
_____	_____	_____
Adresse postale	Cité/Ville/Village	Province
_____	_____	_____
Pays	Code postal/Zip Code	Numéro de téléphone
_____	_____	_____
Numéro de cellulaire	Adresse électronique	_____

ÉDUCATION & ENREGISTREMENT (Lettres moullées s.v.p.)

_____	_____	_____
Nom du programme des soins Infirmiers	Nom de l'établissement d'enseignement	Adresse de l'établissement d'enseignement
_____	_____	_____
Date diplômée (jj/mm/aaaa)	Nom de l'organisation/ réglementaire	Numéro d'enregistrement

Je demande à m'inscrire à titre d'infirmier-ère auxiliaire autorisé-e au Nouveau-Brunswick. J'autorise _____ (nom de l'organisation d'enregistrement / des soins infirmier auxiliares) de compléter la section 2 de ce formulaire et d'acheminer les documents requis directement à l'Association des Infirmier(ère)s Auxiliaires Autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick (AIAANB).

Signature du demandeur

Date (aaaa/mm/jj)



L'ASSOCIATION DES INFIRMIER(ÈRE)S AUXILIAIRES AUTORISÉ(E)S DU NOUVEAU-BRUNSWICK
3M84 RUE SMYTHE, FREDERICTON NOUVEAU-BRUNSWICK, E3B 3E4
TÉLÉPHONE: 506-453-0747 OU 1-800-942-0222 FAX:506-459-0503
WWW.ANBLPN.CA

SECTION 2 : À REMPLIR PAR L'ORGANISATION RÉGLEMENTAIRE

_____	_____	_____
Nom de famille courant	Prénom	Autre(s)
_____		_____
Nom du programme de formation		Date complétée (jj/mm/année)
_____		Enregistré <input type="checkbox"/> Examen <input type="checkbox"/> Endossement

Adresse de l'école de formation		
_____	_____	_____
Date d'enregistrement	Date	No.
_____	_____	_____
Nom de l'examen écrit	Date d'écriture de l'examen	Langue d'écriture de l'examen

Résultat	Réussi <input type="checkbox"/> Non réussi <input type="checkbox"/>	Statut actuel Enregistré <input type="checkbox"/> Inactif <input type="checkbox"/>

1. L'enregistrement du demandeur a-t-il déjà été révoqué, suspendu ou en cours d'examen?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. L'enregistrement du demandeur a-t-il déjà été assujéti à des conditions, à des limitations, à des restrictions et/ou à une entente avec le Conseil?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Le demandeur a-t-il déjà volontairement renoncé à son inscription auprès de la Conseil ou de toute autre administration?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. Le demandeur s'est-il déjà vu refuser l'enregistrement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5. À titre des dossiers publics, des sanctions officielles ont-elles déjà été imposée contre le demandeur ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Le demandeur fait-il l'objet d'une enquête, d'une procédure, d'une plainte en instance ou non résolue relativement à sa pratique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « OUI » à l'une ou l'autre des questions, veuillez joindre la documentation décrivant les mesures prises.

_____	_____	
Signature du registraire et titre	Imprimer le nom	
_____	_____	
Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'autorité responsable de la remise des licences	

