



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des sages-femmes
du Nouveau-Brunswick**

Registrar – Kelly Ebbett

PO Box 20315

King's Place PO

Fredericton, NB

E3B 0N7

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LES DEUXIÈMES INTERVENANTS

Nom de la personne qui présente la demande : _____

Langues parlées :

Anglais

Français

Autre : _____

Qualifications

Professionnels de la santé réglementés du Nouveau-Brunswick :

Infirmière immatriculée ou infirmier immatriculé

Thérapeute respiratoire

Infirmière praticienne ou infirmier praticien

Médecin

Ambulancière paramédicale ou ambulancier paramédical

Sage-femme inscrite qui n'exerce pas la profession

Autre : _____

Numéro d'inscription : _____

Une copie de votre carte d'inscription est requise.

Expérience relative aux soins de maternité ou néonataux :

Formation relative à l'accouchement à domicile pour les deuxièmes intervenants

Date : _____ Formation offerte par : _____

Expérience actuelle ou récente en matière de soins de santé :

Maintien des compétences

PRN : Date d'obtention du certificat : _____

Formation offerte par : _____

RCR : Date d'obtention du certificat : _____

Formation offerte par : _____

Niveau : _____

Une copie du certificat à jour est requise.

Vérification du casier judiciaire et de l'aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables (VAPV).

(doit avoir été effectuée au cours des cinq dernières années)

Veillez joindre une copie à votre demande.

Droits d'inscription : 25 \$

J'atteste que ces renseignements sont à ma connaissance exacts et complets.

Signature :

Date :

Veillez faire parvenir votre demande et votre paiement au registraire par la poste ou par courriel.