



**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

Programme de réanimation néonatale (PRN)

Date d'obtention du certificat : \_\_\_\_\_ Formation offerte par : \_\_\_\_\_

Réanimation cardiorespiratoire (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.*