



**POST-SECONDARY EDUCATION AND TRAINING
APPRENTICESHIP AND CERTIFICATION**

**ÉDUCATION POST-SECONDAIRE ET FORMATION
APPRENTISSAGE ET CERTIFICATION**

**APPLICATION FOR A CERTIFICATE OF
QUALIFICATION OR LETTER OF AUTHENTICITY**
(Please fill out form and return to above address)

470, rue York Street
P.O. Box 6000 /B.P. 6000
Fredericton, NB E3B 5H1

**DEMANDE DE CERTIFICAT D'APTITUDE
OU DE LETTRE D'AUTHENTICITÉ**
(Remplir le formulaire et retournez à
l'adresse ci-haut mentionné.)

THIS APPLICATION IS VALID FOR THREE YEARS FROM DATE
OF APPROVAL
CETTE DEMANDE EST VALIDE POUR UNE DURÉE DE TROIS
ANS DE LA DATE D'APPROBATION

DEPARTMENTAL USE ONLY
RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

CLIENT ID No./N° D'IDENT. DU CLIENT	APPLICATION ID No. N° D'IDENT. DE LA DEMANDE
-------------------------------------	--

OCCUPATION/PROFESSION	OCC CODE CODE PROF	REGION RÉGION
-----------------------	-----------------------	------------------

PERSONAL/PERSONNELLE					
GIVEN NAME/PRÉNOM	MIDDLE NAME/DEUXIEME PRÉNOM	FAMILY NAME/NOM DE FAMILLE		PREFERRED NAME/NOM PRÉFÉRÉ	
S.I.N./N.A.S.	DATE OF BIRTH/DATE DE NAISSANCE Y/A M D/J	GENDER: SEXE:	M F	MEDICARE NUMBER/N° ASS. MÉDICALE	
ADDRESS/ADRESSE	TELEPHONE/TÉLÉPHONE		LANGUAGE/LANGUE:		
CITY OR TOWN/CITÉ OU VILLE	CELL/CELLULAIRE		SPOKEN/PARLÉE E/A F B		
PROVINCE	ALTERNATE/AUTRE		CORRESPONDENCE/CORRESPONDANCE E/A F B		
POSTAL CODE/CODE POSTAL	E-MAIL /COURRIEL		INSTRUCTION/D'ENSEIGNEMENT E/A F B		

COMPLETION OF THIS PART OF THE APPLICATION IS VOLUNTARY / VOUS N'ÊTES PAS TENU(E) DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.

DO YOU HAVE AN EMPLOYMENT RELATED DISABILITY WHICH YOU WISH TO INDICATE? DOES IT AFFECT YOUR:
AVEZ-VOUS UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL QUE VOUS SOUHAITEZ PRÉCISER? AFFECTE-T-ELLE VOTRE:
CO-ORDINATION HEARING MOBILITY SPEECH VISION OTHER (SPECIFY)
COORDINATION _____ AUDITION _____ MOBILITÉ _____ ÉLOCUTION _____ VISION _____ AUTRE (PRÉCISEZ) _____

DO YOU CONSIDER YOURSELF AN ABORIGINAL PERSON? "ABORIGINAL PERSON" REFERS TO A PERSON WHO IS:
VOUS CONSIDÉREZ-VOUS UNE AUTOCHTONE? LE TERME AUTOCHTONE SE RAPPORTE À LA PERSONNE QUI EST:
STATUS INDIAN NON-STATUS INDIAN METIS INUIT
INDIEN(NE) DE PLEIN DROIT _____ INDIEN(NE) DE FAIT _____ MÉTIS _____ INUIT _____

WORK EXPERIENCE/EXPÉRIENCE DE TRAVAIL					
FROM DE Y/A - M - D/J	TO À Y/A - M - D/J	NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	NATURE OF WORK GENRE DE TRAVAIL	CHECKED BY (INITIALS) VÉRIFICATION (INITIALES)	TIME IN OCCUPATION TEMPS DANS LA PROFESSION HOURS/HEURES
					MONTHS/MOIS
					HOURS/HEURES
					MONTHS/MOIS
					HOURS/HEURES
					MONTHS/MOIS
					HOURS/HEURES
					MONTHS/MOIS
					HOURS/HEURES
					MONTHS/MOIS

EDUCATION/ÉDUCATION				
FROM DE Y/A – M - D/J	TO À Y/A – M - D/J	INSTITUTION/SCHOOL INSTITUTION/ÉCOLE	FIELD OF STUDY DOMAINE D'ÉTUDE	LEVEL COMPLETED NIVEAU COMPLÉTÉ

OTHER CERTIFICATES AND LICENCES/AUTRES CERTIFICATS ET PERMIS				
DATE ACQUIRED DATE OBTENUE Y/A – M – D/J	OCCUPATION/PROFESSION	INSTITUTION	PROVINCE	CERTIFICATE No N° DU CERTIFCAT

OTHER INFORMATION / AUTRE INFORMATION

APPRENTICESHIP AND CERTIFICATION/APPRENTISSAGE ET CERTIFICATION				
ARE YOU CURRENTLY A REGISTERED APPRENTICE? ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT INSCRIT COMME APPRENTI?		<input type="checkbox"/> YES/OUI (IF YES, COMPLETE/SI OUI, COMPLÉTEZ)	<input type="checkbox"/> NO/NON	
OCCUPATION/PROFESSION			PROVINCE	
DO YOU HOLD A DIPLOMA(S) OF APPRENTICESHIP AND/OR A CERTIFICATE(S) OF QUALIFICATION IN ANOTHER OCCUPATION? AVEZ-VOUS UN DIPLÔME(S) D'APPRENTISSAGE ET/OU UN CERTIFICAT(S) D'APTITUDE DANS UNE AUTRE PROFESSION ?		<input type="checkbox"/> YES/OUI (IF YES, COMPLETE/SI OUI, COMPLÉTEZ)	<input type="checkbox"/> NO/NON	
OCCUPATION/PROFESSION			PROVINCE	
DATE OF ISSUE/DATE DE DÉLIVRANCE	DIPLOMA OF APPRENTICESHIP NUMBER NUMÉRO DU DIPLÔME D'APPRENTISSAGE	CERTIFICATE OF QUALIFICATION NUMBER NUMÉRO DU CERTIFICAT D'APTITUDE	RED SEAL NUMBER NUMÉRO DU SCEAU ROUGE	
OCCUPATION/PROFESSION			PROVINCE	
DATE OF ISSUE/DATE DE DÉLIVRANCE	DIPLOMA OF APPRENTICESHIP NUMBER NUMÉRO DU DIPLÔME D'APPRENTISSAGE	CERTIFICATE OF QUALIFICATION NUMBER NUMÉRO DU CERTIFICAT D'APTITUDE	RED SEAL NUMBER NUMÉRO DU SCEAU ROUGE	
DO YOU HOLD A LETTER OF AUTHENTICITY IN ANY OCCUPATION? DÉTENEZ-VOUS UNE LETTRE D'AUTHENTICITÉ DANS N'IMPORTE QUELLE PROFESSION ?		<input type="checkbox"/> YES/OUI (IF YES, COMPLETE/SI OUI, COMPLÉTEZ)	<input type="checkbox"/> NO/NON	
OCCUPATION/PROFESSION			PROVINCE	
DATE OF ISSE/DATE DE DÉLIVRANCE		LETTER OF AUTHENTICITY NUMBER/NUMÉRO DE LA LETTRE D'AUTHENTICITÉ		

CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION: I authorize the New Brunswick Department of Post-Secondary Education and Training to disclose information respecting my participation in the apprenticeship and/or certification program for the purposes of providing verification of my certification assisting in securing and promoting employment; determining my eligibility for apprenticeship and certification programs in other jurisdictions; assisting inter-provincial labour mobility; program planning and labour market research.

CONSETEMENT DE DIVULGATION DE L'INFORMATION : J'autorise le ministère de l'Éducation post-secondaire et de la Formation du Nouveau-Brunswick à divulguer toute information à ma participation au programme d'apprentissage et/ou de certification dans le but de fournir la vérification de ma certification aidant à l'avancement et/ou à l'obtention d'un emploi; pour déterminer mon admissibilité au programme d'apprentissage et de certification dans d'autres juridictions ; à aider à la mobilité de la main-d'œuvre, à la planification de programme entre provinces, et à la recherche au marché du travail.

Signature _____

Date (Y/A – M – D/J) _____

A FEE OF UN DROIT DE _____	IS REQUIRED, CASH OR CHEQUE PAYABLE TO THE MINISTER OF FINANCE/ ARGENT COMPTANT OU CHÈQUE PAYABLE AU MINISTRE DES FINANCES	SIGNATURE _____	DATE _____
-------------------------------	---	-----------------	------------

REMARKS	_____
REMARQUES	_____

APPLICATION TYPE/CATÉGORIE DE LA DEMANDE		READER REQUIRED: √ Y/O LECTEUR REQUIS: √ N	
<input type="checkbox"/> APPRENTICESHIP APPRENTISSAGE		TRANSLATOR REQUIRED: √ Y/O TRADUCTEUR REQUIS: √ N	
<input type="checkbox"/> CERTIFICATE OF QUALIFICATION CERTIFICAT D'APTITUDE			
<input type="checkbox"/> IP HOLDER FROM ANOTHER JURISDICTION TITULAIRE DE SCEAU ROUGE D'UNE AUTRE PROVINCE			
<input type="checkbox"/> EQUIVALENT STANDARDS NORMES ÉQUIVALENTES		RECEIPT NUMBER NUMÉRO DU REÇU	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> SIGNIFICANT EXPERIENCE IN THE OCCUPATION (LETTER OF AUTHENTICITY) EXPÉRIENCE SIGNIFICATIVE DANS LA PROFESSION (LETTRE D'AUTHENTICITÉ)		DATE RECEIPT ISSUED DATE DU REÇU	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> SPECIAL CIRCUMSTANCES CAS SPÉCIAUX		DATE OF EXAMINATION DATE DE L'EXAMEN	<input style="width:100%;" type="text"/>
RECOMMENDED BY RECOMMANDÉ PAR	APPROVED BY AUTORISÉ PAR	DIRECTOR OR DESIGNATE DIRECTEUR/DIRECTRICE OU DÉSIGNÉ(E)	
TRAINING AND CERTIFICATION COORDINATOR COORDINATEUR/TRICE DE FORMATION ET CERTIFICATION		DATE	
REGIONAL MANAGER OR DESIGNATE SUPERVISEUR RÉGIONAL OU DÉSIGNÉ(E)			
DATE OF ISSUE/DATE DE DÉLIVRANCE	DIPLOMA OF APPRENTICESHIP NUMBER/NUMÉRO DU DIPLÔME D'APPRENTISSAGE	CERTIFICATE OF QUALIFICATION NUMBER/NUMÉRO DU CERTIFICAT D'APTITUDE	RED SEAL NUMBER/NUMÉRO DU SCEAU ROUGE
			LETTER OF AUTHENTICITY NUMBER/NUMÉRO DE LA LETTRE D'AUTHENTICITÉ

