

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/DEUXIÈME 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MEDICARE NUMBER/N° ASS. MÉDICALE
ADDRESS/ADRESSE	TELEPHONE/TÉLÉPHONE	LANGUAGE/LANGUE:	
CITY OR TOWN/CITÉ OU VILLE	CELL/CELLULAIRE	SPOKEN/PARLÉE <input type="checkbox"/> E/A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B	
PROVINCE	ALTERNATE/AUTRE	CORRESPONDENCE/CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> E/A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B	
POSTAL CODE/CODE POSTAL	E-MAIL /COURRIEL	INSTRUCTION/D'ENSEIGNEMENT <input type="checkbox"/> E/A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 CERTIFICAT

## APPRENTICESHIP AND CERTIFICATION/APPRENTISSAGE ET CERTIFICATION

ARE YOU CURRENTLY A REGISTERED APPRENTICE?  
ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT INSCRIT COMME APPRENTI?

YES/OUI (IF YES, COMPLETE/SI OUI, COMPLÉTEZ)

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 ?

YES/OUI (IF YES, COMPLETE/SI OUI, COMPLÉTEZ)

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 ?

YES/OUI (IF YES, COMPLETE/SI OUI, COMPLÉTEZ)

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, Training and Labour to disclose information respecting my participation in the apprenticeship program and/or certification program for the purposes of providing verification of my apprenticeship registration, and/or my certification, to assist in securing, promoting, and maintaining employment; to determine my eligibility for apprenticeship and certification programs in other jurisdictions; to assist with inter-provincial labour mobility; and, for program planning and labour market research.

**CONSENTEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATIONS:** J'autorise le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail du Nouveau-Brunswick à divulguer toute information à ma participation au programme d'apprentissage et/ou au programme de certification dans le but de vérifier ma certification aidant à l'obtention et le maintien d'un emploi ainsi que pour de l'avancement; 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, ainsi que pour 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

APPRENTICESHIP  
APPRENTISSAGE

CERTIFICATE OF QUALIFICATION  
CERTIFICAT D'APTITUDE

PROVINCIAL CQ/DA FOR IP  
CQ/DA PROVINCIAL POUR LE SCEAU ROUGE IP

IP HOLDER FROM ANOTHER JURISDICTION  
TITULAIRE DE SCEAU ROUGE D'UNE AUTRE PROVINCE

EQUIVALENT STANDARDS  
NORMES ÉQUIVALENTES

SIGNIFICANT EXPERIENCE IN THE OCCUPATION (LETTER OF AUTHENTICITY)  
EXPÉRIENCE SIGNIFICATIVE DANS LA PROFESSION (LETTRE D'AUTHENTICITÉ)

SPECIAL CIRCUMSTANCES  
CAS SPÉCIAUX

### REQUIRED / REQUISE :

### ISSUE / EMETTRE IP

READER :  
LECTEUR :

\_\_\_\_\_

Y/O  N

- Medical Certificate  
- Certificat médical

Yes/Oui \_\_\_\_\_ No/Non \_\_\_\_\_

TRANSLATOR :  
TRADUCTEUR :

\_\_\_\_\_

Y/O  N

INTERPRETER :  
INTERPRÈTE :

\_\_\_\_\_

Y/O  N

RECEIPT NUMBER  
NUMÉRO DU REÇU

\_\_\_\_\_

DATE RECEIPT ISSUED  
DATE DU REÇU

\_\_\_\_\_

DATE OF EXAMINATION  
DATE DE L'EXAMEN

\_\_\_\_\_

RECOMMENDED BY  
RECOMMANDÉ PAR

APPRENTICESHIP AND CERTIFICATION COORDINATOR  
COORDINATEUR(TRICE) DE APPRENTISSAGE ET  
CERTIFICATION

APPROVED BY  
AUTORISÉ PAR

DIRECTOR OR DESIGNATE  
DIRECTEUR/DIRECTRICE OU DÉSIGNÉ(E)

REGIONAL MANAGER OR DESIGNATE  
SUPERVISEUR RÉGIONAL OU DÉSIGNÉ(E)

DATE

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

[www.aoc.acp.gnb.ca](http://www.aoc.acp.gnb.ca)

Toll Free number : 1-877-453-3030



[aoc-acp@gnb.ca](mailto:aoc-acp@gnb.ca)

Numéro sans frais : 1-877-453-3030