

APPRENTICESHIP AGREEMENT



ENTENTE D'APPRENTISSAGE

POST-SECONDARY EDUCATION, TRAINING AND LABOUR
APPRENTICESHIP AND OCCUPATIONAL CERTIFICATION

ÉDUCATION POSTSECONDAIRE, FORMATION ET TRAVAIL
APPRENTISSAGE ET CERTIFICATION PROFESSIONNELLE

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 / PERSONNEL

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: <input type="checkbox"/> M SEX: <input type="checkbox"/> F	NB EDUCATION NUMBER N° DE L'ÉDUCATION DU N.-B.
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 / 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/CONDITION 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 _____ LEARNING _____ MOBILITY _____ SPEECH _____ VISION _____ OTHER (SPECIFY) _____
COORDINATION _____ AUDITION _____ DIFFICULTÉ _____ MOBILITÉ _____ ÉLOCUTION _____ VISION _____ AUTRE (PRÉCISEZ) _____
D'APPRENTISSAGE

DO YOU CONSIDER YOURSELF AN ABORIGINAL PERSON? "ABORIGINAL PERSON" REFERS TO A PERSON WHO IS:
VOUS CONSIDÉREZ-VOUS UNE PERSONNE 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 _____

RELATED 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	CREDIT HOURS HEURES CRÉDITÉES

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 COMP. NIVEAU COMPLÉTÉ	CREDIT HOURS HEURES CRÉDITÉES

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	CREDIT HOURS HEURES CRÉDITÉES

EMPLOYER / EMPLOYEUR

BUSINESS NAME / NOM DE L'ENTREPRISE	NATURE OF BUSINESS / GENRE D'ENTREPRISE	NAICS CODE / CODE SCIAN	EMPLOYER No. / N° D'EMPLOYEUR
ADDRESS / ADRESSE	CITY OR TOWN / CITÉ OU VILLE	PROV.	TELEPHONE / TÉLÉPHONE
CONTACT PERSON / PERSONNE CONTACTE	E-MAIL / COURRIEL	POSTAL CODE / CODE POSTAL	FAX / TÉLÉCOPIEUR
NUMBER OF APPRENTICES IN THE OCCUPATION IN YOUR EMPLOY: NOMBRE D'APPRENTI(E) DANS LA PROFESSION À VOTRE EMPLOI :	NUMBER OF JOURNEYPERSONS IN THE OCCUPATION IN YOUR EMPLOY: NOMBRE DE COMPAGNON(GNE) DANS LA PROFESSION À VOTRE EMPLOI :	CELL / CELLULAIRE	

VALID ONLY WHEN REGISTERED / VALIDE LORS DE L'INSCRIPTION SEULEMENT

DIRECTOR OR DESIGNATE DIRECTEUR/DIRECTRICE OU DÉSIGNÉ(E)	DATE OF REGISTRATION DATE D'INSCRIPTION Y / A - M - D / J	PREREQUISITE TO APPRENTICESHIP REGISTRATION - POLICY AR-001 CONDITIONS PRÉALABLES À L'INSCRIPTION À L'APPRENTISSAGE - POLITIQUE AR-001	INITIAL CREDIT HOURS HEURES INITIALES CRÉDITÉES
---	---	---	--

OVER/VERSO

TERMS OF THIS AGREEMENT:

- This agreement may, within six months after the date of registration, be terminated by either *the apprentice* or *the employer* (Probationary period).
- This agreement may, at any time, be terminated by the consent of both *the apprentice* and *the employer*.
- Where it appears to *the Director* that *the apprentice* is not making satisfactory progress towards the completion of the Apprenticeship Program, *the Director* may cancel this agreement.
- Where it appears to *the Director* that *the apprentice* is no longer pursuing the training and/or is not working under the training arrangements as specified in this agreement, *the Director* may terminate this agreement.
- Where during the term of this agreement a significant change in the training arrangements occurs, *the apprentice* and *the employer* shall notify *the Director*.
- The apprenticeship period shall begin on the date this agreement is registered by *the Director*.
- This agreement shall end when its cancellation or termination is registered by *the Director* or when the apprenticeship has been completed.

CONDITIONS TO THIS AGREEMENT:

- *The apprentice* shall complete the on-the-job training, the technical training and the examinations for the occupation, as set out by *the Director*.
- *The apprentice* shall attend the place of work identified by *the employer* during the established hours for on-the-job training.
- *The apprentice* shall obey all lawful orders given by the supervising person and shall be subject to the same employment conditions as any other employee during the on-the-job training.
- *The employer* shall ensure that on-the-job training is provided to *the apprentice*.
- *The employer* shall ensure *the apprentice* attends the technical training.
- *The employer* shall ensure that evaluation of the performance of *the apprentice* is being properly carried out and that such evaluation is registered in the Progress Record Book.
- *The employer* and *the apprentice* shall comply with the *Apprenticeship and Occupational Certification Act* and its regulations and all other related legislation.

For the purposes of this agreement "*the employer*" can mean a "Joint Apprenticeship Training Committee".

"*The Director*" means the Director of Apprenticeship and Occupational Certification or his/her representative.

This agreement comes into effect on the date of registration by *the Director* and shall be in effect for the apprenticeship period for *the occupation*.

The apprenticeship period for the occupation is [] hours.

TERMES DE L'ENTENTE :

- Cette entente peut, durant les six mois suivant la date de l'inscription, être résiliée par *l'apprenti(e)* ou *l'employeur* (Période de probation).
- Cette entente peut, en tout temps, être résiliée avec le consentement de *l'apprenti(e)* et de *l'employeur*.
- Quand *le Directeur* estime que *l'apprenti(e)* ne progresse pas de façon satisfaisante vers l'achèvement du programme d'apprentissage, *le Directeur* peut annuler l'entente.
- Quand *le Directeur* estime que *l'apprenti(e)* ne suit pas la formation et/ou ne travaille plus selon les mesures de formation prévues par l'entente, *le Directeur* peut annuler l'Entente.
- Si pendant la durée de cette entente il y a un changement important aux mesures de formation spécifiées dans l'entente, *l'apprenti(e)* et *l'employeur* doivent en avvertir *le Directeur*.
- La période d'apprentissage débutera en date de l'inscription de cette entente par *le Directeur*.
- Cette entente se termine quand son annulation ou sa résiliation est inscrite par *le Directeur* ou par l'achèvement de l'apprentissage.

CONDITIONS DE L'ENTENTE :

- *L'apprenti(e)* complètera la formation en milieu de travail et la formation technique ainsi que les examens pour la profession, tels qu'établis par *le Directeur*.
- *L'apprenti(e)* se présentera au lieu de travail, identifié par *l'employeur*, durant les heures établies pour la formation en milieu de travail.
- *L'apprenti(e)* obéira à toutes requêtes légales de son (sa) superviseur(e) et sera soumis(e) aux mêmes conditions d'emploi que tout autre employé durant la formation en milieu de travail.
- *L'employeur* s'assurera que la formation en milieu de travail soit mise à la disponibilité de *l'apprenti(e)*.
- *L'employeur* s'assurera que *l'apprenti(e)* suive la formation technique.
- *L'employeur* s'assurera qu'une évaluation adéquate de rendement de *l'apprenti(e)* est faite et que cette évaluation est inscrite dans le livret de contrôle.
- *L'employeur* et *l'apprenti(e)* devront se soumettre à la loi sur *l'Apprentissage et la Certification professionnelle* et son (ses) règlement(s) et toute(s) autre(s) loi(s) reliée(s).

Pour les fins de cette entente "*l'employeur*" comprend le "Comité de formation en Apprentissage Conjoint".

"*Le Directeur*" est le Directeur ou Directrice de l'apprentissage et certification professionnelle ou son/sa représentant(e).

Cette entente prend effet à la date de l'inscription par *le Directeur* et sera en effet pour la période d'apprentissage pour cette profession.

La période d'apprentissage pour cette profession est d'une durée de [] heures.

Apprentice / Apprenti(e)

I certify the above information is correct, I agree with the terms and conditions of this agreement, and I hereby apply to the Director to have this agreement registered. / Je certifie que l'information (ci-haut) est exacte, j'accepte les termes et conditions de l'entente et par la présente, je fais la demande au Directeur d'enregistrer cette entente.

I understand that it is my responsibility to notify my Apprenticeship Counselor if I am no longer employed or change my employer and that the Apprenticeship and Occupational Certification Branch will not be held responsible for information released if not advised. / Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'avertir mon conseiller en apprentissage si je n'occupe plus d'emploi ou si j'ai changé d'employeur, et que la Direction de l'Apprentissage et de la Certification professionnelle ne sera pas tenue responsable des renseignements divulgués si elle n'a pas été informée.

Apprentice / Apprenti(e)

Date (Y / A – M – D / J)

Witness / Témoin

Employer / Employeur

I certify the above information is correct, I am an authorized representative of the employer, I agree with the terms and conditions of this agreement, and I hereby apply to the Director to have this agreement registered. / Je certifie que l'information (ci-haut) est exacte, je suis un représentant autorisé de l'entreprise, j'accepte les termes et conditions de l'entente et par la présente je fais la demande au Directeur d'enregistrer cette entente.

I understand that it is my responsibility to notify the Apprenticeship and Occupational Certification Branch if the apprentice is no longer in my employ and that the Apprenticeship and Occupational Certification Branch will not be held responsible for information released if not advised. / Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'avertir la Direction de l'Apprentissage et de la Certification professionnelle si l'apprenti(e) n'est plus à mon emploi et que la Direction de l'Apprentissage et de la Certification professionnelle ne sera pas tenue responsable des renseignements divulgués si elle n'a pas été informée.

Employer / Employeur(e)

Date (Y / A – M – D / J)

Witness / Témoin

The information collected on this form is for the administration of the *Apprenticeship and Occupational Certification Act* and it is collected under the authority of sections 11 and 11.1 of the Act. For questions relating to the collection of information, please contact our Apprenticeship and Occupational Certification Branch at the e-mail address or toll free number listed below.

Les renseignements recueillis sur le présent formulaire sont réservés à l'administration de la *Loi sur l'apprentissage et la certification professionnelle* et ils sont recueillis en vertu des articles 11 et 11.1 de ladite loi. Si vous avez des questions reliées à la cueillette des renseignements, veuillez communiquer avec la Direction de l'Apprentissage et de la Certification professionnelle à l'adresse électronique ou au numéro sans frais apparaissant ci-dessous.



**CONSENT TO DISCLOSE
INFORMATION**



DEPARTMENT USE ONLY
RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

**CONSETEMENT DE DIVULGATION
D'INFORMATIONS**

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

CLIENT ID No. N° D'IDENT. DU CLIENT	REGION RÉGION

OCCUPATION NAME / NOM DE LA PROFESSION	OCC. CODE CODE PROF.	APPLICATION NO. N° D'IDENT. DE LA DEMANDE
--	-------------------------	--

PERSONAL / PERSONNEL					
GIVEN NAME / PRÉNOM	MIDDLE NAME / 2 ^e PRÉNOM	FAMILY NAME / NOM DE FAMILLE		PREVIOUS SURNAME / NOM DE FAMILLE PRÉCÉDENT	
PREFERRED NAME / NOM PRÉFÉRÉ	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE Y / A M D / J	S.I.N. / N.A.S.		NB EDUCATION NUMBER N° DE L'ÉDUCATION DU N.-B.	
MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE	CITY OR TOWN / CITÉ OU VILLE	PROV.	POSTAL CODE CODE POSTAL	TELEPHONE / TÉLÉPHONE	

**DISCLOSURE OF PERSONAL AND/OR TRADE RELATED INFORMATION
DIVULGATION DES INFORMATIONS PERSONNELLES ET/OU INFORMATIONS RELIÉES À UN MÉTIER**

CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION

I authorize the New Brunswick Department of Post-Secondary Education, Training and Labour to disclose my personal and/or trade related information respecting my participation in the apprenticeship program and/or certification program:

- to provide 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 interprovincial labour mobility;
- to plan for programs;
- to assist with labour market research;
- to assist in obtaining financial support, and

I understand that my personal and/or trade related information may be disclosed:

- to Post-Secondary Institutions;
- to employers;
- to the Interprovincial Computerized Examination Management System (ICEMS);
- to other Canadian Apprenticeship and Occupational Certification entities;
- to other Canadian government agencies, and

I understand that, under the authority of the Statistics Act (Canada), the New Brunswick Apprenticeship and Occupational Certification Branch shares identifying personal information with Statistics Canada to conduct statistical surveys with individuals. Reports and information produced by Statistics Canada from these surveys do not identify any individual or individuals. I also understand that non-identifying bulk information may be shared with Statistics Canada and other Canadian provinces and territories to maintain national standards and records.

CONSETEMENT 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/d' :

- vérifier mon entente d'apprentissage et/ou ma certification;
- aider à l'obtention et le maintien d'un emploi ainsi que pour de l'avancement;
- déterminer mon admissibilité au programme d'apprentissage et de la certification dans d'autres juridictions;
- aider à la mobilité de la main-d'œuvre entre provinces;
- planifier des programmes;
- aider à la recherche du marché du travail;
- aider à obtenir de l'aide financière, et

je comprends que mes informations personnelles peuvent être divulguées :

- aux institutions d'enseignement postsecondaire;
- aux employeurs;
- au système d'administration informatisé des examens interprovinciaux;
- à d'autres entités canadiennes d'Apprentissage et Certification professionnelle;
- à d'autres agences du gouvernement canadien, et

je comprends que sous l'autorité de la Loi sur la statistique (Canada), la Direction de l'Apprentissage et la Certification professionnelle du Nouveau-Brunswick peut divulguer les renseignements personnels avec Statistique Canada afin d'effectuer des sondages de statistiques avec des individus. Les rapports et les informations qui sont produits par Statistique Canada provenant de ces sondages ne doivent pas identifier le nom d'aucune personne. Je comprends que les informations non-identifiées en vrac pourraient être divulguées avec Statistique Canada et autres provinces et territoires canadiens afin de maintenir des normes nationales et des renseignements.

Signature

Date (Y / A – M – D / J)

