

**MEMBERSHIP APPLICATION FOR ACTIVE AND CORRESPONDING MEMBERS  
DEMANDE D'ADHÉSION POUR MEMBRES ACTIFS ET CORRESPONDANTS**

Name/Nom: \_\_\_\_\_  
(Please print clearly / prière d'imprimer lisiblement)

Address/Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone/Téléphone: \_\_\_\_\_ Fax/Télécopieur: \_\_\_\_\_

E-mail/Courier électronique: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sex/Sexe:  M  F  
(MM/DD/YYYY)

Medical School/Faculté de médecine \_\_\_\_\_ Degree/Degré \_\_\_\_\_ Year/Année \_\_\_\_\_

PM&R Training/Formation en MP&R: \_\_\_\_\_  
University/Université \_\_\_\_\_ Year/Année \_\_\_\_\_

Postgraduate Training/Formation postdoctorale: \_\_\_\_\_  
University/Université \_\_\_\_\_

Other University Degrees/Autres diplômes universitaires:  
a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

Licensure (Province and Type of Licence)/Licence (province et type de licence):  
a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

Fellowships, Certificates, Diplomas/Bourses, certificats, diplômes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Position(s) and Appointments/Position(s) et nominations:  
\_\_\_\_\_

Particular Areas of Interest/Champs d'intérêts particuliers:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicate which committee you would consider joining/Indiquer quel comité vous intéresserait:

- Continuing Professional Development (CPD)/Développement professionnel continu (DPC)  
 Education/Éducation     Communications     Research/Recherche  
 Scientific Program/Programme scientifique

Indicate which Special Interest Group (SIG) may apply to your particular area of interest/Indiquer quel groupe d'intérêt spécial pourrait s'appliquer à votre champ d'intérêt particulier:

- Amputee/Amputés     International Rehabilitation/Réadaptation internationale  
 Medical Education/Éducation médicale     Medical Legal/Médico-légal  
 Neuromuscular/Neuromusculaire     Pain Management/Gestion de douleur  
 Pediatric/Pédiatrie     Spinal Cord Injury (SCI)/Traumatisme médullaire  
 Stroke/Accidents vasculaires cérébraux     Traumatic Brain Injury (TBI)/Traumatisme cérébral

Payment Information/Mode de paiement:

- \$350 - Active Member/Membre actif     \$100 - Corresponding Member/Membre correspondant  
 Cheque enclosed (payable to the CAPM&R)/Chèque sous pli (libellé à l'ordre de l'ACMP&R)  
 Visa     MasterCard

Card Number/Numéro: \_\_\_\_\_

Expiry Date/Date d'échéance: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Applicant Signature/Signature du candidat

\_\_\_\_\_  
Date

**The contact information provided above will be published in the CAPM&R Membership Directory. Please contact the CAPM&R office if you do not want this information disclosed. / L'information fournie ci-dessus sera publiée dans le répertoire des membres de l'ACMP&R. Veuillez contacter le bureau de l'ACMP&R si vous désirez que ces informations ne soient pas publiées.**