



MEMBERSHIP APPLICATION FOR ASSOCIATE MEMBERS / DEMANDE D'ADHÉSION POUR MEMBRES ASSOCIÉS

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)

_____ Degree/Degré Year/Année
Medical School/Faculté de médecine

Postgraduate Training/Formation postdoctorale:

University/Université

Program/Programme

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:

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

Payment Information/Mode de paiement: Associate Member/Membre associé - \$150

- 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.