



**MEMBERSHIP APPLICATION FOR RESIDENT AND MEDICAL STUDENT MEMBERS  
DEMANDE D'ADHÉSION POUR MEMBRES RÉSIDENT(E)S ET ÉTUDIANT(E)S EN MÉDECINE**

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 \_\_\_\_\_

Anticipated Year of Completion/Année d'achèvement anticipé: \_\_\_\_\_

Other University Degrees/Autres diplômes universitaires:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

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  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 international
- 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:

- \$0 - Medical Student/Étudiant(e) en médecine       \$20 - Resident/Résident(e)
- Cheque enclosed (payable to the CAPM&R)/Chèque sous pli (libellé à l'ordre de l'ACMP&R)

Cheque #: \_\_\_\_\_

- 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.**