



Application for Membership / Demande d'adhésion

The Canadian Orthopaedic Association / L'Association Canadienne d'Orthopédie
4060 Sainte-Catherine W. / O., Suite / bureau 620, Westmount, QC H3Z 2Z3 Tel. / Tél.: 514-874-9003 x 3
E-Mail / Courriel : cynthia@canorth.org Fax / Téléc. : 514-874-0464

Date : _____

First Name / Prénom : _____ Last Name / Nom de famille : _____

Date of Birth / Date de naissance : _____ (DJ/MM/YA)

E-Mail / Courriel : 1) _____ 2) _____

Office Address /
Adresse au bureau :

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| Mailing Address / Address postale? <input type="checkbox"/> OFFICE/BUREAU <input type="checkbox"/> HOME/DOMICILE | Street / Rue | | City / Ville |
| | Province or state / Province ou état | Postal code / Code postal | Country / Pays |
| | Tel. / Tél. : _____ | | Fax / Téléc. : _____ |

Residence / Domicile :

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------|
| Street / Rue | | City / Ville |
| Province or state / Province ou état | Postal code / Code postal | Country / Pays |
| Tel. / Tél. : _____ | | |

I. EDUCATION / FORMATION

| DEGREE OBTAINED / DIPLÔME OBTENU | UNIVERSITY ATTENDED / UNIVERSITÉ | YEAR / ANNÉE |
|---|----------------------------------|--------------|
| UNDERGRADUATE / ÉTUDES DE PREMIER CYCLE | | |
| MASTERS / MAÎTRISE | | |
| DOCTORATE / DOCTORAT | | |
| MD / DOCTORAT EN MÉDECINE | | |

II. TRAINING / FORMATION

| | | |
|--|---|--|
| ORTHOPAEDIC TRAINING PROGRAM / PROGRAMME DE FORMATION EN ORTHOPÉDIE : _____ | | |
| YEARS / ANNÉES : _____ - _____ | FURTHER TRAINING / FORMATION SUPPLÉMENTAIRE (i.e. post doc fellowship, training courses) / (p. ex. formation postdoctorale et cours) | |
| CURRENT YEAR IN TRAINING / ANNÉE DE FORMATION EN COURS | PGY/R | |

| FELLOWSHIP (SUBSPECIALTY) / (SOUS-SPÉCIALITÉ) | YEAR / ANNÉE | HOSPITAL CENTRE / CENTRE HOSPITALIER |
|---|--------------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

III. REFERENCES / RÉFÉRENCES

Please provide the names & e-mails of 2 current COA members who would be able to support your membership application if required.
Veuillez fournir les noms et courriels de deux membres en règle de l'ACO qui peuvent soutenir votre demande d'adhésion au besoin.

1) Name of Reference / Nom : _____ E-mail Address / Courriel : _____

2) Name of Reference / Nom : _____ E-mail Address / Courriel : _____

IV. CERTIFICATION

| | |
|-----------------------|--|
| DEGREE / GRADE | YEAR OBTAINED / ANNÉE D'OBTENTION |
| LMCC | |
| FRCS(C) | |
| AMERICAN / AMÉRICAIN | |
| OTHER / AUTRE | |

IV. GRANTS / BOURSES ET SUBVENTIONS

| |
|--|
| GRANTS OBTAINED OVER LAST 5 YEARS / BOURSES ET SUBVENTIONS OBTENUES AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES |
| |
| |
| |
| |

V. PRACTICE PROFILE / PROFIL D'EXERCICE

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| CURRENT POSITION / POSTE ACTUEL | <input checked="" type="checkbox"/> | Date you started full time practice / Date depuis laquelle vous exercez à temps plein _____ (DJ/MM/YA) |
| Full-time practice / Exercice à temps plein | | |
| Locum / Suppléance | | |
| Resident/Fellow / Résident ou fellow | | |
| Research / Recherche | | |
| Retired / Retraite | | |
| Other (specify) / Autre (précisez ci-dessous) | | PRACTICE SETTING / MILIEU D'EXERCICE Academic / Universitaire Community / Communautaire Combination / Les deux |
| | | |
| | | |

| | |
|--|-------------------------------------|
| SUBSPECIALTY / RESEARCH INTERESTS / INTÉRÊTS EN MATIÈRE DE SOUS-SPECIALITÉS OU DE RECHERCHE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Arthroplasty / Arthroplastie | |
| Sports Med. / Méd. sportive | |
| Spine / Rachis | |
| Tumour / Tumeurs | |
| Foot/Ankle / Pied et cheville | |
| Upper Ext. / Membres sup. | |
| Paeds. / Pédiatrie | |
| Trauma / Traumatologie | |
| Other (specify) / Autre (précisez) : | |

I agree to receive e-mail communications from the COA / J'accepte de recevoir les courriels de l'ACO.

VI. REQUESTED MEMBERSHIP STATUS / CATÉGORIE D'ADHÉSION

- Active / Membre actif**
 1) Completed training in an approved program in orthopaedic surgery. / Avoir suivi un programme approuvé de chirurgie orthopédique; 2) Obtained certification by RCPSC or equivalent as accepted by COA. / Être certifié par le CRMCC ou détenir des qualifications équivalentes acceptées par l'ACO. 3) Practices full-time orthopaedic surgery in Canada or USA. / Exercer l'orthopédie à temps plein au Canada ou É-U.
- Associate (Resident/Fellow) / Membre associé (résident ou boursier)**
 Residents in Canadian orthopaedic training program or graduate fellows in orthopaedic training. / Résidents inscrits à un programme de formation en orthopédie au Canada et boursiers en orthopédie en cours de spécialisation.
- Research Affiliate / Membre affilié du milieu de la recherche**
 Scientists involved in orthopaedic research / Scientifiques œuvrant dans le domaine de la recherche orthopédique
- Overseas / Membre outre-mer****
 1) Not practicing in Canada or the USA / Membres ne résidant pas et n'exerçant pas au Canada ni aux É-U; 2) Holds FRCS(C) in orthopaedics or equivalent or has received training in Canada, has shown a continued interest in the affairs of the COA. / Membres ayant le titre de FRCS(C) (orthopédie) ou l'équivalent ou ayant effectué leur formation au Canada et manifesté un intérêt soutenu pour les affaires de l'ACO; 3) Is qualified orthopaedic consultant in one's country, has fulfilled appropriate training and education. / Orthopédistes qualifiés dans leur pays et satisfaisant aux normes de formation; 4) **ALL OVERSEAS CANDIDATES MUST HAVE LETTERS OF RECOMMENDATION FROM 2 COA ACTIVE MEMBERS / LES CANDIDATS OUTRE-MER DOIVENT AVOIR DES LETTRES DE RECOMMANDATION DE 2 MEMBRES ACTIFS DE L'ACO.**

Interested in joining one of the affiliated subspecialty societies listed below? You will be contacted directly by your selected societies. Your COA application form does not serve as an application for the other societies. / Souhaitez-vous joindre l'une des sociétés des sous-spécialités affiliées mentionnées ci-après? Indiquez-le, et la société concernée communiquera directement avec vous. Attention : Votre demande d'adhésion à l'ACO ne constitue pas une demande d'adhésion à ces sociétés.

- Canadian Orthopaedic Foot & Ankle Society (COFAS) / Société Orthopédique Canadienne pour le Pied et la Cheville (SOCPC)
- Canadian Arthroplasty Society (CAS) / Société canadienne d'arthroplastie (CAS)
- Canadian Orthopaedic Oncology Society (CANOOS)
- Canadian Orthopaedic Trauma Society (COTS)
- Canadian Paediatric Orthopaedic Group (CPOG)
- Canadian Shoulder & Elbow Society (CSES) Canada

Signature : _____