



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 6
E-Mail / Courriel : lexie@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	✓	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		PRACTICE SETTING / MILIEU D'EXERCICE _____ Academic / Universitaire
Resident/Fellow / Résident ou fellow		
Research / Recherche		Community / Communautaire Combination / Les deux
Other (specify) / Autre (précisez ci-dessous)		

SUBSPECIALTY / RESEARCH INTERESTS / INTÉRÊTS EN MATIÈRE DE SOUS-SPÉCIALITÉS OU DE RECHERCHE	✓
Arthroplasty / Arthroplastie	
Sports Med. / Méd. sportive	
Spine / Rachis	
Tumour / Tumeurs	
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-dessus? 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)
- Arthroplasty Association of Canada (AAC)

Signature : _____