

## APPLICATION FOR MEMBERSHIP / DEMANDE D'ADHÉSION

Date                      -                      -  
M/M                      D/J                      Y/A

### REQUESTED MEMBERSHIP STATUS / CATÉGORIE D'ADHÉSION

Active / Membre actif	Associate (Resident/Fellow) / Membre associé (résident ou boursier)
Active International / Membre actif international	Research Affiliate / Membre affilié du milieu de la recherche
International Affiliate / Membre affilié international* *Must have letters of recommendation from two Voting Members of the Association. / Doivent fournir deux lettres de recommandation écrites par deux membres avec droit de vote de l'ACO	

### PERSONAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dr. / Dr / Dre (MD)	Dr. / Dr / Dre (PhD)	Prof. / Prof.	Mr. / M.	Mrs. / Mme	Ms. / Mlle	Mx. / Mx
First Name / Prénom			Last Name / Nom de famille			
Date of Birth / Date de naissance						
M/M		D/J		Y/A		
E-Mail / Courriel						
I agree to receive e-mail communications from the COA / J'accepte de recevoir les courriels de l'ACO.						

Mailing Address / Adresse postale		OFFICE / BUREAU	HOME / DOMICILE
Street / Rue			City / Ville
Province or state / Province ou état		Postal code / Code postal	Country / Pays
Tel. / Tél.		Fax / Téléc.	

### SELF-IDENTIFICATION / DÉCLARATION VOLONTAIRE

Your personal information will not be shared with third parties. Instead, it will be utilized to gauge the constant changes to our membership demographic and how COA can improve its service to members, while serve as a reporting tool for equity, diversity and inclusion metrics. Participation is encouraged but not obligatory.

Vos renseignements personnels ne seront pas transmis à des tiers. Ils aideront plutôt l'ACO à évaluer les changements démographiques constants qui surviennent chez ses membres et à améliorer ses services aux membres, tout en servant d'outil de création de rapports sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Nous vous invitons à fournir ces renseignements, mais vous n'avez aucune obligation.

Gender / Sexe	Race/Ethnicity / Race ou ethnicité	Prefer not to answer / Je préfère ne pas répondre.
---------------	------------------------------------	--

I identify as LGBTQ2S+ / Je m'identifie comme membre de la communauté LGBTQ2S+.

Yes / Oui                      No / Non                      Prefer not to answer / Je préfère ne pas répondre.

### EDUCATION AND TRAINING / FORMATION

#### UNDERGRADUATE/GRADUATE / PREMIER, DEUXIÈME ET TROISIÈME CYCLES

Degree obtained / Grade obtenu	University / Université	Year / Année
Undergraduate / Études de premier cycle		
Masters / Maîtrise		
Doctorate / Doctorat		
MD / Doctorat en médecine		

#### RESIDENCY / RÉSIDENCE

Name of orthopaedic training program / Programme de formation en orthopédie	
Start Year / Année de début	End Year / Année de fin
Current year in training / Année de formation en cours (PGY/R)	

## APPLICATION FOR MEMBERSHIP / DEMANDE D'ADHÉSION

### EDUCATION AND TRAINING / FORMATION

#### FELLOWSHIPS

Subspecialty / sous-spécialité	Start Year/End Year / Année de début/fin	Hospital centre / Centre hospitalier	Supervisor / Superviseur

#### CERTIFICATION / AGRÉMENT

Degree / Grade	Year obtained / Année d'obtention	Degree / Grade	Year obtained / Année d'obtention
LMCC		AMERICAN / AMÉRICAIN	
FRCS		OTHER / AUTRE	

### PRACTICE PROFILE / PROFIL D'EXERCICE

#### CURRENT POSITION / POSTE ACTUEL

Full-time practice / Exercice à temps plein	Locum / Suppléance	Resident/Fellow / Résident ou fellow
Research / Recherche	Retired / Retraite	Other (specify) / Autre (précisez)
Date started full time practice / Date depuis laquelle vous exercez à temps plein		
	M/M	D/J Y/A

#### SUBSPECIALTY / RESEARCH INTERESTS / INTÉRÊTS EN MATIÈRE DE SOUS-SPÉCIALITÉS OU DE RECHERCHE

Arthroplasty / Arthroplastie	Sports Med. / Méd. sportive	Upper Ext. / Membres sup.	Spine / Rachis
Tumour / Tumeurs	Foot/Ankle / Pied et cheville	Paeds. / Pédiatrie	Trauma / Traumatologie
Other (specify) / Autre (précisez)			

#### PRACTICE SETTING / MILIEU D'EXERCICE

Academic / Universitaire	University Affiliation / Affiliation universitaire
Community / Communautaire	Hospital Affiliation / Affiliation hôpital
Combination / Combinaison	

Do you plan to retire in the next 5 years? / Comptez-vous prendre votre retraite dans les cinq prochaines années? \* Yes / Oui No / Non

**Interested in joining one of the affiliated subspecialty societies listed below? You will be contacted directly by your selected societies. / Souhaitez-vous rejoindre l'une des sociétés de sous-spécialités affiliées mentionnées ci-après? Indiquez-le, et la société concernée communiquera directement avec vous.**

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) / Société canadienne d'orthopédie traumatologique (COTS)

Canadian Paediatric Orthopaedic Group (CPOG) / Groupe de recherche canadien en pédiatrie (CPOG)

Canadian Shoulder & Elbow Society (CSES) / Société canadienne de l'épaule et du coude (CSES)

Arthroscopy Association of Canada (AAC)

#### ADMINISTRATION

**Are you interested in volunteering your time to / Aimeriez-vous donner de votre temps pour les activités suivantes :**

Review scientific abstracts / Évaluer des précis scientifiques	Participate in advocacy efforts / Prendre part à des efforts de défense des droits et intérêts
Participate in educational events (ie: webinars, workshops, etc.) / Participer à des activités de formation (p. ex. webinaires, ateliers)	Join COA leadership or Committee / Devenir membre du leadership de l'ACO ou d'un comité

#### 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.**

Name of Reference / Nom	E-mail Address / Courriel
Name of Reference / Nom	E-mail Address / Courriel