

Application for Membership / Demande d'adhésion

The Canadian Orthopaedic Association / L'Association Canadienne d'Orthopédie
318 Sainte-Catherine W. / O., Suite / bureau 318, Westmount, QC H3Z 2Z3
Tel. / Tél.: 514-874-9003 1 E-Mail / Courriel : info@canorth. or 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 :

Street / Rue _____ City / Ville _____

Province or state / Province ou état _____ Postal code / Code postal _____ Country / Pays _____

Tel. / Tél. : _____ Fax / Téléc. : _____

**Mailing Address /
Address postale?**
 OFFICE/BUREAU
 HOME/DOMICILE

Residence / Domicile : _____

Street / Rue _____ City / Ville _____

Province or state / Province ou état _____ Postal code / Code postal _____ Country / Pays _____

Tel. / Tél. : _____

I. EDUCATION AND TRAINING / FORMATION ET FORMATION

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

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

| | |
|--|---|
| 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 |

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 : _____

PLEASE TURN OVER / SUITE AU VERSO

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

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

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.

Active International / Membre actif international
 Must have completed an approved orthopaedic surgery training program; obtained certification by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; and practice full-time orthopaedic surgery outside of Canada. / Doivent avoir suivi un programme approuvé de chirurgie orthopédique; avoir obtenu un certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; exercer l'orthopédie à temps plein à l'extérieur du Canada.

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

International Affiliate / Membre affilié international
 Must be a qualified orthopaedic consultants in their country and have fulfilled appropriate orthopaedic training and education standards; are non-residents of Canada and practice outside of Canada; do not hold an FRCSC in orthopaedics; **have letters of recommendation from two Voting Members of the Association.** / Doivent être des orthopédistes qualifiés dans leur pays et satisfaire aux normes appropriées de formation en orthopédie; Résider et exercer à l'extérieur du Canada; Ne pas détenir un certificat en chirurgie orthopédique du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; **Fournir deux lettres de recommandation écrites par deux membres avec droit de vote de l'ACO**

Interested in joining one of the affiliated subspecialty societies listed below? You will be contacted directly by your selected 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.

- 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)
- Arthroscopy Association of Canada (AAC)

Signature : _____