



## Application for Resident Membership

### Application pour devenir membre

### Adhésion pour résident:

#### PERSONAL INFORMATION/INFORMATION PERSONNELLE:

Title/Titre:  Dr(e)  Mr./M.  Ms./Mlle  Mrs./Mme

First/Prénom: \_\_\_\_\_ Last/Nom: \_\_\_\_\_

Male/Homme  Female/Femme

Work Address/Adresse professionnelle: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Work Telephone/Téléphone au travail: \_\_\_\_\_ Work Fax/Télécopieur au travail: \_\_\_\_\_

Home Address/Adresse résidentielle: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Home Telephone/Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_ Home Fax/Télécopieur à la maison: \_\_\_\_\_

Email Address/Courriel: \_\_\_\_\_

Please mail Members Package to my/Veuillez envoyer ma trousse d'adhésion à:

HOME/MAISON  WORK/TRAVAIL

Newsletters and up-dates will be sent out by email. Hard copies will be mailed upon request only. Please notify us if you are unable to receive correspondence by email.

Les infolettres et les nouvelles dernière heure sont envoyées par courriel. Des exemplaires écrits sont envoyés seulement si vous en faites la demande. Veuillez nous aviser si vous êtes incapable de recevoir de la correspondance par courriel.



**LICENSING / CERTIFICATION**  
**PERMIS D'EXERCICE / CERTIFICATION**

**Resident Membership/Adhésion pour résident:**

**If enrolled in postgraduate course, please specify/Si inscrit en troisième cycle universitaire, veuillez indiquer:**

University/Université: \_\_\_\_\_

Description of Program/Description du programme: \_\_\_\_\_

Expected completion date of program (mm/dd/yyyy)/Fin prévue du programme (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

**ENDORSEMENT FOR RESIDENTS**  
**ENDOSSEMENT POUR RÉSIDENT**

Name of University or College/Nom de l'université ou collège: \_\_\_\_\_

Description of Program/Description du programme: \_\_\_\_\_

Year \_\_\_\_\_ of a \_\_\_\_\_ year program.                      Année \_\_\_\_\_ d'un programme de \_\_\_\_\_ ans.

Expected completion date of program (mm/dd/yyyy)/Fin prévue du programme (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

I the undersigned, certify that the applicant is engaged in health profession training, or postgraduate training at the above mentioned university or college.

Je, soussigné, atteste que le candidat est inscrit dans une formation professionnelle de la santé ou de troisième cycle de formation mentionné ci-dessus à l'université ou du collège.

\_\_\_\_\_  
**Dean of Program, Department Head, or Program Registrar (PLEASE PRINT)**  
**Responsable du département ou le directeur du programme (en caractères d'imprimerie)**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**



**PAYMENT OPTIONS/OPTIONS DE PAIEMENT:**

Please make cheque or money order payable to the Canadian ADHD Resource Alliance (or CADDRA), or provide credit card information below.

Veillez faire un chèque ou une traite bancaire à l'ordre de Canadian ADHD Resource Alliance (ou CADDRA), ou fournir les informations de carte de crédit suivantes.

**Resident Membership Fees/Adhésion pour résident: \$50 + \$6.50 HST/TVQ = \$56.50 CDN**

MasterCard

Visa

Cheque Enclosed/Chèque inclus

Card Number/Numéro de carte: \_\_\_\_\_

Expiry Date/Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Name of Cardholder (as it appears on card)/

Nom du titulaire de la carte (tel qu'il appert sur la carte): \_\_\_\_\_

**Declaration:**

I understand that CADDRA will make inquiries about my professional training and practices, either from professional societies, individual references or any other individuals who may know my past or present professional activities, if such are deemed necessary. I also understand that CADDRA is not obligated to offer membership on the basis of this application.

I affirm that all the information in this application is true.

**Déclaration:**

Je comprends que CADDRA procédera à une enquête au sujet de ma formation professionnelle et ma pratique, soit auprès des associations professionnelles, des références ou de toute autre personne qui peut connaître mon passé ou mes activités professionnelles actuelles, si jugé nécessaire. Je comprends également que CADDRA n'est pas tenu d'offrir l'adhésion sur la base de cette demande.

J'affirme que toutes les informations fournies à cette demande sont vraies.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Return to:**

Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA)  
Membership Department  
3950 14<sup>th</sup> Avenue, Suite 604  
Markham, ON, L3R 0A9

Or

Fax: 905-475-3232

**Retourner à:**

Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA)  
Département d'adhésion  
3950 14<sup>th</sup> Avenue, Suite 604  
Markham, ON, L3R 0A9

Ou

Envoyer par télécopieur: 905-475-3232