



Application for Associate Membership

Application pour devenir membre Adhésion comme associé:

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

I would prefer the Guidelines in/Je préfère les lignes directrices en:

ENGLISH/ANGLAIS FRENCH/FRANÇAIS

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

Associate Membership/Adhésion comme associé:

Date and Place Professional Degree /Training were received:
Date et lieu du certificat professionnel / Formation obtenue:

University/Université: _____

Province/Country/Pays: _____ Date (mm/dd/yyyy)/Date (jj/mm/aaaa): _____

Current Licenses Held (please include your License #)/Permis d'exercice actuel(s) (incluant numéro):

Degree: /Spécialité (s'il y a lieu): _____

Are you currently a member in good standing of your licensing body?
Êtes-vous membre en règle de votre association?

Yes
Oui

No
Non

Are there currently any complaints lodged against you?
Existe-t-il actuellement des plaintes déposées contre vous?

Yes
Oui

No
Non

Names and addresses of two ADHD medical professional references that can substantiate criteria by which membership are being sought:

Les noms et adresses de deux médecins spécialistes en TDAH qui peuvent étayer les critères par lesquels l'adhésion est demandée:

Reference One/Première référence:

Name/Nom: _____ Medical Discipline/Disipline médicale: _____

Address/Adresse: _____

Telephone/Téléphone: _____ Email/Courriel: _____

Reference Two/Deuxième référence:

Name/Nom: _____ Medical Discipline/Disipline médicale: _____

Address/Adresse: _____

Telephone/Téléphone: _____ Email/Courriel: _____



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.

Associate Membership:

One-year fees: \$170.00 + \$22.10 HST = \$192.10 CDN

Two-year fees: \$300.00 + \$39.00 HST = \$339.00 CDN

Adhésion comme associé:

Un an : 170,00\$ + 22,10\$ TVQ = 192,10\$ CDN

Deux ans: 300,00\$ + 39,00\$ TVQ = 339,00\$ 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 14th Avenue, Suite 604
Markham, ON, L3R 0A9

Or

Fax: 905-475-3232

Retourner à:

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

Ou

Envoyer par télécopieur: 905-475-3232