



# Application for Full Membership

## Application pour devenir membre

### Adhésion Canada

#### PERSONAL INFORMATION/INFORMATION PERSONNELLE:

Title/Titre:  Dr(e)

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**

**Full Membership (Physicians)/Adhésion Canada (Médecins):**

Date and Place Medical Degree was obtained/Date et lieu du permis d'exercice de médecine obtenu:

University/Université: \_\_\_\_\_

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

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

Specialist Qualifications (if applicable)/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.

**Full Membership:**

One-year fees: \$225.00 + \$29.25 HST = \$254.25 CDN

Two-year fees: \$400.00 + \$52 HST = \$452.00 CDN

**Adhésion Canada:**

Un an : 225,00\$ + 29,95\$ TVQ = 254,25\$ CDN

Deux ans: 400,00\$ + 52,00\$ TVQ = 452,00\$ 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 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