



CANADIAN ACADEMY OF SPORT MEDICINE
ACADÉMIE CANADIENNE DE MÉDECINE DU SPORT
“Committed to Excellence • L’excellence dans la pratique”

APPLICATION DE DEVENIR MEMBRE DE L’ACMS
DU 1er JANVIER 2008 AU 31 DÉCEMBRE 2008

Nom : _____ Sexe : () Masculin () Féminin
Clinique : _____ Langue : () Anglais () Français
Adresse : _____
Bureau : _____ Télécopieur : _____
Résidence : _____ Courriel: _____

(A) CATÉGORIE DE MEMBRE

- () Actif \$ 295
() Résident/e \$ 175
() Membre retraité \$ 175
() Étudiant/e en médecine \$ 50*

*Les étudiants et étudiantes ne reçoivent pas le Clinical Journal of Sport Medicine

CATÉGORIE (A) _____ \$

(B) ADHÉSION FACULTATIVE À LA FIMS (fédération internationale de médecine du sport)

Joignez à FIMS pour 13.00 \$Can, par l’intermédiaire de l’ACMS. L’adhésion à titre individuel vous coûterait 50 \$US. Consultez l’adresse <http://www.fims.org/fims/frames.asp> pour plus de détails.

- () OUI à la FIMS à 13.00\$ Can
() NON, je ne suis pas intéressé(e) pour cette année

FIMS (B) _____ \$

(C) DON FACULTATIF (déductible)

Tout don au fonds de recherche, à la Fondation L. Richard ou au fonds administratif est libre d’impôt et vous recevrez un reçu de charité officiel.

Veuillez choisir un type de don : () Fonds de recherche () Fondation L Richards () Fonds administratif

TOTAL DES DONS: (C) _____ \$

MONTANT TOTAL INCLUS

Additionnez A+B+C Pour Le Montant TOTAL (CAN) _____ \$

MODE DE PAIEMENT:

- () Visa Numéro _____ Date d’expiration _____
() Master Card Numéro _____ Date d’expiration _____
() Cheque (inclus) Numéro _____



CANADIAN ACADEMY OF SPORT MEDICINE
ACADÉMIE CANADIENNE DE MÉDECINE DU SPORT
“Committed to Excellence • L’excellence dans la pratique”

OPTION DE RENOUELEMENT AUTOMATIQUE (veuillez en cocher une)

- () **OUI**, je souhaite renouveler automatiquement mon adhésion annuelle avec le numéro de carte de crédit mentionné ci-dessus et recevoir mon reçu automatiquement à chaque mois de janvier.
- () **NON**, je ne souhaite pas renouveler automatiquement mon adhésion annuelle.

TYPE DE PRATIQUE (veuillez cocher tout ce qui s’applique):

- () Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)
- () Conseil médical du Canada (CMC)
- () Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
- () Urgence
- () Médecine familiale
- () Médecine interne
- () Chirurgie orthopédique
- () Autre _____
- () Pédiatrie
- () Physiatrie et réadaptation
- () Psychiatrie
- () Médecine du sport

VÉRIFICATION

Je certifie par la présente que je suis médecin autorisé à exercer dans la province de _____ permis d’exercice numéro _____. J’exerce la médecine depuis (veuillez inscrire l’année) _____

OU

Je suis résident ou étudiant en médecine. Veuillez joindre une copie de votre inscription à la faculté de médecine.

OU

Je suis membre retraité (retraité de la pratique médicale active) dans la province de _____.

REMARQUE : Les membres honoraires et les membres à vie sont nommés.

Je soussigné(e) _____ confirme que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts, à ma connaissance. (La falsification des renseignements entraîne immédiatement la résiliation de l’adhésion sans remboursement ou indemnisation des cotisations perdues.)

DIFFUSION DE LA BASE DE DONNÉES DES MEMBRES DE L’ACMS

() Cochez ici si **VOUS N’AUTORISEZ PAS** la diffusion de vos coordonnées (les numéros à domicile ne sont JAMAIS publiés). Les coordonnées peuvent être divulguées à des fédérations de sport nationales, à la section réservée aux membres du site Web de l’ACMS, à d’autres organismes connexes, aux commanditaires, etc.

Signature _____ Date _____