



Application for Membership / Demande d'adhésion

The Canadian Orthopaedic Foot & Ankle Society

4150 O. Ste-Catherine W., Suite 450, Westmount, QC H3Z 2Y5

E-Mail / Courriel : cofas@coa-aco.org

Tel. / Tél. : (514) 874-9003 x 3

Fax / Téléc. : (514) 874-0464

Date : _____

First Name / Prénom : _____ Last Name / Nom de famille : _____

Date of Birth / Date de naissance : _____
DJ/MM/YA

Address / Adresse :

Office / Bureau:

Street / Rue	City / Ville	
Province or state / Province ou État	Postal code / Code postal	Country / Pays
Tel. / Tél. : _____	Fax / Téléc. : _____	
E-Mail / Courriel : _____		

Residence / Domicile :

Street / Rue	City / Ville	
Province or state / Province ou État	Postal code / Code postal	Country / Pays
Tel. / Tél. : _____	Fax / Téléc. : _____	
E-Mail / Courriel : _____		

I. EDUCATION / ÉDUCATION

UNIVERSITY ATTENDED / UNIVERSITÉ	DEGREE OBTAINED / DIPLÔME OBTENU	YEAR / ANNÉE

II. RESIDENCY/TRAINING / RÉSIDENCE/FORMATION

RESIDENCY LEVEL / RÉSIDENCE	YEAR / ANNÉE	HOSPITAL/UNIVERSITY / HÔPITAL/UNIVERSITÉ

Date of eligibility to write FRCS(C) or equivalent: _____

Date à laquelle vous étiez éligible pour l'examen du FRCS(C) ou son équivalent : _____

PLEASE TURN OVER / VOIR AU VERSO

FELLOWSHIP (SUBSPECIALTY) / BOURSE (SOUS-SPÉCIALITÉ)	YEAR / ANNÉE	HOSPITAL / HÔPITAL

III. CERTIFICATION

DEGREE / <i>DIPLÔME</i>	YEAR OBTAINED / <i>ANNÉE</i>	DESCRIPTION/COUNTRY OF CERTIFICATION / <i>DESCRIPTION/PAYS DE CERTIFICATIONS</i>
LMCC		
FRCSC		
CSPQ		
AMERICAN		
OTHER		

III. SUBSPECIALTY/ *SOUS-SPÉCIALITÉ*

<i>Arthroplasty / Arthroplastie</i>	<i>Sports Med / Méd. Sportive</i>	<i>Spine / Rachis</i>	<i>Tumour / Tumeur</i>	<i>Foot/Ankle / Pied/Cheville</i>	<i>Upper Ext. / Membre Sup.</i>	<i>Paeds. / Pédiatrie</i>	<i>Trauma / Traumatologie</i>

IV. PRACTICE PROFILE / *PROFIL DE LA PRATIQUE*

License to practice in (**specify province**) / *Permis d'exercice (province)* _____

Years in Practice / *Années d'exercice* : 1 year / 1 an 2 years / 2 ans Other (SPECIFY) / *Autre* _____

Signature _____