

CATÉGORIES DE MEMBRES

Cochez une seule catégorie :

- FELLOW** : Pédiatre ou pédiatre avec surspécialité ayant obtenu son certificat en pédiatrie d'un organisme de certification canadien ou américain ou titulaire d'un permis temporaire de pratique de la pédiatrie au Canada. **Vous devez fournir une copie à jour de votre permis d'exercer la pédiatrie ou de votre permis provincial temporaire.** Si vous êtes certifié au Canada ou aux États-Unis mais que vous vivez à l'étranger ou si vous consacrez une période de temps limitée à exercer la pédiatrie, communiquez avec nous pour obtenir de l'information au sujet de votre catégorie d'adhésion.
- RÉSIDENT** : Médecin diplômé en formation postdoctorale. **Vous devez faire signer votre demande par le chef de votre département ou par votre directeur de programme.**
- FELLOW CORRESPONDANT** : Pédiatre qui n'habite pas au Canada et qui a été certifié en pédiatrie par un autre organisme de certification qu'un organisme canadien ou américain. **Vous devez accompagner votre demande d'une copie de votre permis d'exercer la pédiatrie et d'une lettre d'une société nationale de pédiatrie.**
- MEMBRE DE L'AMERICAN ACADEMY** : Pédiatre certifié par l'*American Board* et membre de l'*American Academy of Pediatrics*, et qui exerce à l'extérieur du Canada. **Vous devez fournir une copie de votre certificat à l'*American Board*.** Nous vérifierons l'adhésion à l'*American Academy of Pediatrics* à la réception de la demande.
- PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ASSOCIÉ** : Catégorie réservée aux professionnels de la santé certifiés qui travaillent avec des enfants et des adolescents. **Vous devez obtenir la signature de deux fellows de la SCP en règle pour vous parrainer et fournir une copie de votre certificat ou de votre permis d'exercer.** [Cliquez ici pour obtenir le formulaire de signature des parrains.](#)
- INFIRMIÈRE ASSOCIÉE** : Catégorie réservée aux infirmières certifiées. **Vous devez fournir une copie de votre permis d'exercer en soins infirmiers.**
- MÉDECIN, CHIRURGIEN ou DENTISTE ASSOCIÉ** : Catégorie réservée aux médecins, aux chirurgiens et aux dentistes qui ne sont pas pédiatres. **Vous devez fournir une copie à jour de votre permis d'exercer la médecine ou la dentisterie.**
- ÉTUDIANT EN SANTÉ ASSOCIÉ** : Catégorie réservée aux étudiants inscrits dans des professions de la santé d'un collège ou d'un programme universitaire accrédités. **Vous devez faire signer votre demande par le doyen de médecine ou le secrétaire général du programme.**

Dans des situations exceptionnelles, des candidats qui ne respectent aucuns de ces critères peuvent demander de devenir membres de la Société. Veuillez communiquer avec les services aux membres pour obtenir plus d'information.

MODE D'ADHÉSION

Veuillez remplir et poster la présente demande d'adhésion, accompagnée de la cotisation requise, d'une **copie de votre certificat ou de votre permis d'exercer la médecine** et des **signatures pertinentes** (si elles sont exigées dans votre catégorie) à :

Société canadienne de pédiatrie
Services aux membres
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8

Vous serez avisé(e) par écrit lorsque votre demande aura été traitée.

La Société exige que ses membres respectent des normes professionnelles et déontologiques élevées. Par conséquent, si elle apprend qu'un renseignement contenu dans la demande est faux ou que votre situation a changé après la date de votre demande de manière à nuire aux normes professionnelles et déontologiques, la Société y verra peut-être là motif à suspension ou à révocation de votre adhésion.

Si vous avez des questions au sujet des exigences de l'adhésion, de l'approbation des candidatures, des avantages ou des privilèges de l'adhésion, communiquez avec les **services aux membres de la SCP par téléphone, au 613-526-9397, poste 223, par télécopieur, au 613-526-3332, ou par courriel, à memberservices@cps.ca.**

ADHÉSION AUX SECTIONS

Les sections permettent aux personnes qui ont un intérêt clinique précis de se rassembler au sein de la Société canadienne de pédiatrie (SCP). Les membres des sections sont des membres de la SCP et incluent des pédiatres, des pédiatres avec surspécialité, des résidents et d'autres dispensateurs de soins.

Les sections représentent une tribune pour discuter d'enjeux pertinents à leur champ d'intérêt, par l'entremise des rencontres annuelles des sections, de bulletins et de pages Web. Les sections forment leurs consœurs et confrères par la tenue de symposiums, offrent des conseils précieux sur le contenu de la formation médicale continue (FMC) et publient des articles dans *Paediatrics & Child Health*. Par-dessus tout, elles constituent un important réseau de professionnels pour les spécialistes en pédiatrie du Canada.

Pour y adhérer, cochez les cases pertinentes ci-dessous. Ajoutez à votre cotisation la somme correspondante pour la période se terminant le 31 décembre.

<input type="checkbox"/>	Allergies	24 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Médecine néonatale et périnatale	48 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Santé respiratoire	24 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Médecine du sport et de l'exercice en pédiatrie	24 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Médecine d'urgence pédiatrique	29 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Pédiatrie du développement	33 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Pédiatrie générale	29 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Pédiatrie hospitalière	24 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents	24 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Résidents	s.f.	_____
<input type="checkbox"/>	Santé de l'adolescent	24 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Santé buccodentaire	24 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Santé des enfants et des adolescents dans le monde	33 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Santé de l'environnement en pédiatrie	24 \$	_____
<input type="checkbox"/>	Santé mentale	24 \$	_____

**Total des cotisations
aux ** sections :**

La cotisation aux sections ne s'applique ni aux membres à vie, ni aux membres honoraires, ni aux membres émérites, ni aux résidents, ni aux étudiants en médecine.

ADHÉSION AUX COMITÉS

Les membres de la Société canadienne de pédiatrie peuvent proposer leur candidature pour siéger aux comités suivants :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bioéthique • Comité d'action pour les enfants et les adolescents • Comité de la santé mentale et des troubles du développement • Comité de planification des effectifs médicaux • Congrès annuel • Étude du fœtus et du nouveau-né • Maladies infectieuses et immunisation • Nutrition et gastroentérologie | <ul style="list-style-type: none"> • Pédiatrie communautaire • Perfectionnement professionnel continu • Pharmacologie et substances dangereuses • Prévention des blessures • Prix • Santé de l'adolescent • Santé des Premières nations, des Inuits et des Métis • Soins aigus • Sous-comité de l'éducation publique • Vie active saine et médecine sportive |
|--|--|

_____ **OUI**, je suis intéressé(e) à recevoir de l'information pour devenir membre d'un comité de la SCP.

FORMULAIRE DE DEMANDE

- Docteur
- Madame
- Monsieur

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____ Désignation (p. ex., MD, IA, Ph. D., etc.) _____

Adresse au travail (nom de l'entreprise ou de l'hôpital) _____

Adresse à domicile _____

Service, département ou unité _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____

Téléphone _____

Télécopieur _____

Télécopieur _____

Courriel _____

Courriel _____

Adresse de correspondance : Travail

Domicile

Langue de correspondance : Anglais

Français (lorsque la traduction existe)

Date de naissance : (MM/JJ/AAAA) _____

Sexe : Masculin Féminin

Comment avez-vous entendu parler de la SCP?

- D'un membre de la SCP (précisez) _____ (facultatif)
- Par un envoi de la SCP
- Par le site Web de la SCP
- Par *Paediatrics & Child Health*, le journal de la SCP
- À une activité de formation
- Par les médias
- Lors d'une présentation de la SCP
- Par mon directeur de programme
- Par le personnel de la SCP
- Autre (précisez) _____

La SCP est consciente de la grande importance de la protection des renseignements personnels de ses membres. La Société **ne vend pas** ses listes postales et ne les partage pas avec l'industrie. Elle les divulgue parfois (adresse postale seulement) pour des recherches médicales ou des formations. Si vous désirez que votre nom soit exclu de ces listes, veuillez cocher ci-dessous.

Je désire que mes coordonnées soient exclues de ces demandes (ne s'applique que pour l'année 2012).

COTISATION

La cotisation pour l'année en cours est payable à l'envoi de votre demande dûment remplie. Les cotisations annuelles suivantes sont payables chaque année, au mois de janvier. (La cotisation est susceptible d'être rajustée chaque année.)

Cotisation pour 2012	Type de membre	** Montant
	Fellow	448 \$
	Fellow correspondant	114 \$
	Résident	57 \$
	Membre de l' <i>American Academy</i>	229 \$
	Associé – Professionnel de la santé	62 \$
	Associé – Infirmière	62 \$
	Associé – Médecin, chirurgien ou dentiste	167 \$
	Associé – Étudiant dans un domaine de la santé	24 \$

