

## Coordonnées et signatures des parrains du professionnel de la santé associé

### Section 1 : Coordonnées

(Cette section doit être remplie par le candidat.)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse au travail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Veillez nous parler de vous. Comment vous occupez-vous des enfants et des adolescents et pourquoi désirez-vous adhérer à la Société canadienne de pédiatrie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Section 2 : Signature des parrains

(Cette section doit être remplie par deux fellows de la SCP.)

Signature 1 : Je déclare connaître le candidat et son travail et je suis d'avis qu'il respectera les intérêts fondamentaux de la Société.

Signature : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
N° de membre de la SCP : \_\_\_\_\_

Signature 2 : Je déclare connaître le candidat et son travail et je suis d'avis qu'il respectera les intérêts fondamentaux de la Société.

Signature : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
N° de membre de la SCP : \_\_\_\_\_

Si vous ne pouvez obtenir la signature de deux parrains, veuillez nous en informer.

\*Le candidat doit remplir le présent formulaire en plus de la demande d'adhésion afin de devenir membre professionnel de la santé associé.