



## **Demande d'adhésion à titre de membre associé**

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Deuxième prénom \_\_\_\_\_

Nom devant figurer dans la correspondance : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Citoyenneté \_\_\_\_\_  
*J M A*

Adresse du bureau \_\_\_\_\_

N° de tél. \_\_\_\_\_ N° de télécop. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

### NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME

\_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

### AUTRES UNIVERSITÉS FRÉQUENTÉES ET DIPLÔMES OBTENUS

Établissement \_\_\_\_\_ Diplôme \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Diplôme \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Diplôme \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

### RÉSIDENCE Énumérez les établissements de résidence et les années de début et de fin de formation.

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

### POSTES DE FELLOW (*Fellowships*)

Établissement année \_\_\_\_\_ d'obtention \_\_\_\_\_

Établissement année \_\_\_\_\_ d'obtention \_\_\_\_\_

### AUTRE FORMATION POSTDOCTORALE

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

## AFFILIATIONS HOSPITALIÈRES

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

## AFFILIATIONS À DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

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

## CERTIFICATIONS

Fellow du CRMCC \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

CSPQ \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Agrégé de l'American Academy of Dermatology \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Conseils de dermato-pathologie \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Permis d'exercice de la médecine \_\_\_\_\_

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

## RÉFÉRENCES : Deux membres en règle de l'ACD

Nom \_\_\_\_\_ N° de tél. \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ N° de tél. \_\_\_\_\_

## DOMAINES D'INTÉRÊT PARTICULIER :

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

Êtes-vous disposé-e à parler aux journalistes de vos domaines de spécialité ? Oui  Non

Dans quelle langues préférez-vous correspondre avec l'ACD ? Français  Anglais

Votre photo aux fins d'archives Jointe  Suivra

