



CANADIAN SOCIETY OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY
SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ALLERGIE ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE

Membership Application / Demande d'affiliation

Allied Health Professionals/Membres de profession paramédicales

Health professionals working in the field of allergy and clinical immunology are eligible for membership in the CSACI. This may include nurses, physical or occupational therapists, respiratory therapists, health educators and others.

SECRETARIAT/SECRÉTARIAT

**774 promenade Echo Drive
Ottawa Canada K1S 5N8
Tel/Tél: 613-730-6272**

**Fax/Télécopieur: 613-730-1116
E-mail/courriel: csaci@rcpsc.edu
Website: <http://csaci.ca>**

Last name Nom de famille <i>JOUR/MOIS/ANNÉE</i>	First name Prénom	Mr./Mrs./Ms./Dr. M/Mme/Mlle/Dr.	M / F	Birth date <i>DAY/MONTH/YEAR</i> Date de naissance
---	----------------------	------------------------------------	-------	---

Language: English/Anglais

Langue: Français/French

Office-Mailing address / Adresse d'affaires

Office-Mailing address / Adresse d'affaires

Postal CODE postal

Telephone / Téléphone

Fax / Télécopieur

E-mail / courriel

School, degree, dates / Université, diplômes et dates

Postgraduate training and dates
Études supérieures et dates

Asthma educator training
(program, certification)
Formation d'éducateur(trice) dans le
domaine de l'asthme
(programme, certification)

Previous and present appointments and/or practice
Poste actuel et antérieur (affiliation universitaire,
genre de pratique)

How much of your work is devoted to:	%	%	%
Nombre d'heures de travail consacrées à :			
	Allergie/Asthme Allergy/Asthma	Immunologie clinique Clinical Immunology	Autre (spécifiez) Other (specify)

Membership in professional societies
Affiliation à d'autres sociétés

Publications (Give full titles and authors, attach separate sheet if necessary)
Publications (Donnez les titres et les noms des auteurs en entier en pièce jointe, si requise)

Names and addresses of two sponsors, one of whom is a Fellow of the Society, to sponsor your application. (*It is the responsibility of the applicant to arrange for the letters of recommendation from the sponsors to be forwarded directly to the CSACI Secretariat).

Nom et adresse de deux personnes, une doit être fellow de la Société, qui agiront en qualité de parrain de votre demande. (*Chaque candidat doit s'assurer lui-même que ses parrains expédient chacun une lettre d'attestation au Secrétariat de la Société).

ANNUAL MEMBERSHIP DUES \$50.00	FRAIS ANNUELS 50 \$
Please make your cheque payable to the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology	
Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique	

* VISA # _____ Exp: _____ * Master Card # _____ Exp: _____

Signature Date

FOR OFFICE USE ONLY / A L'USAGE DU BUREAU Admitted as / Accepté au niveau de _____ Not approved (reason) / Non approuvé (raison) _____

Some of the information provided above will be published in the CSACI Membership Directory. Please contact the CSACI office if you do not want this information disclosed. The remaining personal information collected is considered confidential and is managed according to the CSA Model Code Guidelines for the release of personal information.

Certaines des informations fournies plus haut seront publiées dans le Répertoire des membres de SCAIC. Veuillez contacter le bureau du SCAIC si vous désirez que ces informations ne soient pas publiées. Les autres informations récoltées sont considérées comme confidentielles et sont gérées selon les directives du Code de la CSA pour divulgation des renseignements personnels.

*** For one time use only/pour usage unique seulement**