



# The Canadian Orthopaedic Nurses Association Association Canadienne des Infirmières et Infirmiers en Orthopédie

## Membership Application Form – formulaire d'adhésion

Surname/nom \_\_\_\_\_  
First/prénom \_\_\_\_\_  
Street/rue \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
City/ville \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_  
Postal code postal \_\_\_\_\_  
Phone/téléphone \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_  
e-mail address \_\_\_\_\_  
Present Employer/employeur actuel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Membership Year **June 1 to May 31**  
Année d'adhésion **1er juin – 31 mai**

Please indicate – prière d'indiquer

- New member – nouveau membre  
 Renewal – renouvellement

Type of Membership – genre d'adhésion

- RN/Inf *Yearly Fee/frais annuels \$75.00*  
 Other/Autres *Yearly Fee/frais annuels \$55.00*  
 Retired/a la retraite *Yearly Fee/frais annuels \$20.00*  
 Honorary/Honoraire

CONA Chapter/chapitre de l'ACIO: \_\_\_\_\_

Dues payable to CONA by cheque or money order  
Faire remise par chèque ou mandat-poste à l'ACIO

**No Cash/pas de comptant**

### 1. Professional Status/statut professionnel

- RN/Inf  
 Other – Specify/autre spécifiez  
\_\_\_\_\_

### 2. Level of education/niveau d'éducation

- Diploma-Nursing/techniques infirmières  
 Baccalaureate-Nursing/ baccalauréat sciences infirmières  
 Baccalaureate-other/autre baccalauréat  
\_\_\_\_\_  
 Masters – Specify/maîtrise-spécifiez  
\_\_\_\_\_  
 Doctorate – Specify/doctorat-spécifiez  
\_\_\_\_\_  
 Other – Specify/autre spécifiez  
\_\_\_\_\_

### 3. Area of Practice/champ de pratique professionnelle

- Adult Orthopaedics (In-Patient) orthopédie adultes (Étages)  
 Paed. Orthopaedics (In-Patient) orthopédie enfants (Étages)  
 Operating Room/salle d'opération  
 Clinic/clinique  
 Ambulatory Care (Out Patient) soins ambulatoires  
 \_\_\_ Other – Specify/autre spécifiez  
\_\_\_\_\_

### 4. Position/poste

- Staff nurse/ infirmière  
 Head nurse/ infirmière-chef  
 Clinical nurse specialist/ infirmière clinicienne  
 Nursing administrator/ administratrice  
 Other – Specify/autre spécifiez  
\_\_\_\_\_

### 5. Employment Status/statut d'emploi

- Full Time/temps plein  
 Part Time/temps partiel  
 Casual/disponibilité  
 Not Employed/sans emploi  
 \_\_\_\_\_ Retired/a la retraite

### 6. Do you belong to the C.N.A./? Etes-vous membre de l'ACIO?

- Yes/oui  
 No/non  
\_\_\_\_\_

### 7. Do you belong to another special interest group?/ Etes-vous membre d'un autre groupe d'intérêt

\_\_\_\_\_

### 8. Renewals Only/ renouvellement seulement

Enter your membership card number below/inscrire le numéro de carte de membre ci-dessous  
\_\_\_\_\_

**Hélène Rainville**

1515 Noel-Lareau  
Chambly, Québec, J3L 5M7  
Mail : [hainvil@vl.videotron.ca](mailto:hainvil@vl.videotron.ca)