



Canadian Association of Public Health Dentistry
Association canadienne de la santé dentaire publique

Membership Form 2024/2025 / Formulaire d'adhésion 2024/2025

Membership Status / statut d'adhésion:

Renewal / Renouvellement New / nouveau membre

Type of Membership / type d'adhésion:

- Full (\$125.00) / à part entière (125\$)
 Student (\$25.00) / étudiant (25\$)
 Retired (\$35.00) / retraité (35\$)
 Support (\$250.00) / soutien (250\$)
 Honorary/Life (no cost) / adhésion à vie ou honorifique (sans frais)

CONTACT INFORMATION / COORDONNÉES DE LA PERSONNE:

Title / Titre: Ms. / Mme Mr. / M Dr. Prof.

Language/Langue: English / Anglais French / Français

Last name / nom

First name / prénom

Mailing address / adresse postale

Province

Postal code / code postale

Telephone number / numéro de téléphone

Email address / courriel

MEMBER PROFILE / PROFIL DU MEMBRE:

Designation: Dental Assistant / Assistant(e) dentaire certifié(e) Dental Hygienist /
Hygiéniste dentaire Dental Therapist / Thérapeute dentaire Dentist / Dentist(e)
 Public Health Dentist / Dentist(e) santé publique Other/autre

Are you registered as a dental public health specialist with a dental regulatory authority in
Canada? / Êtes-vous inscrit en tant que spécialiste en santé dentaire publique avec un
organisme réglementaire au Canada? Yes / oui No /non

If yes, in what jurisdiction / Si oui, dans quelle juridiction: _____

Please note: CAPHD is a member of the Canadian Dental Specialities Association (CDSA)./Neuiliez
noter: l'ACSDP est membre de l'Association canadienne des spécialités dentaires (ACSD). CAPHD
pays \$20 to the CDSA for each public health dentist who is a member of CAPHD. / L'ACSDP donne à
l'ACSD 20\$ par dentiste en santé publique qui est membre de l'ACSDP.

Other memberships / autres adhésions:

CDHA /ACHD CDA / ADC CDAA / ACAD CDTA CPHA / ACSP

STUDENT MEMBERS ONLY / MEMBERS ÉTUDIANT SEULEMENT:

School / Ecole

Program / Programme

Start date / Date d'entrée

Completion date / date d'achèvement

SUPPORT MEMBERS ONLY/MEMBRES DE SOUTIEN SEULEMENT:

Organization name/Nom de l'organisation: _____

Name of three individuals from your organization that will be entitled to benefits/Nom de trois personnes de votre organisation ayant droit aux avantages:

1. _____
2. _____
3. _____

Please ensure all three people complete the membership form/Veuillez vous assurer que chacune des trois personnes complète le formulaire d'adhésion.

COMMUNICATION:

I consent to the CAPHD listserv subscription. I understand that I can email info@caphd.ca at any time to unsubscribe to the listserv. / *Je consens à l'adhésion à la liste de diffusion avec mon courriel. Je comprends que je peux écrire à info@caphd.ca afin de ne plus faire partie de la liste de diffusion.*

I do not consent to subscribe to the listserv. / *Je ne veux pas adhérer à la liste de diffusion.*

I consent to have my name listed on the member directory, accessible to members. / *Je consens à ce que mon nom soit inclus au répertoire des membres*

VOLUNTEER / BÉNÉVOLAT:

I would like to volunteer with CAPHD. Please contact me. / *Je voudrais faire du bénévolat avec l'ACSPD. SVP me contacter.*

PAYMENT / PAIEMENT:

Cheques can be made to/Les chèques peuvent être faits à l'ordre de: Canadian Association of Public Health Dentistry / l'association canadienne de la santé dentaire publique

Mail to (with membership form) to / Faire parvenir (avec votre formulaire d'adhésion) à:

Canadian Association of Public Health Dentistry (CAPHD)
GA 10.6, Health Sciences A-Wing, 107 Wiggins Road, Saskatoon SK S7N 5E5

Inquiries can be emailed to/Les demandes générales peuvent être envoyées par courriel à :
info@caphd.ca