



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

**Membership Form 2025/2026 / Formulaire d'adhésion 2025/2026**

**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](mailto: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](mailto: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](mailto:info@caphd.ca)