



ABORIGINAL NURSES ASSOCIATION OF CANADA

56 SPARKS STREET, SUITE 502, OTTAWA, ONTARIO K1P 5A9

Tel: (613) 724-4677 Toll free: (866) 724-3049

Fax: (613) 724-4718

Website: www.anac.on.ca

MEMBERSHIP

APPLICATION/RENEWAL FORM

April 1, 2009 to March 31, 2010

PERSONAL INFORMATION		EMPLOYER / SCHOOL INFORMATION	
Last name		Name	
Given name		Department	
Mailing address		Mailing address	
Telephone	()	Telephone	()
Cell phone	()	Cell phone	()
Fax	()	Fax	()
E-mail		E-mail	
EDUCATION		INDICATE AREA(S) OF INTEREST	
☐ Provincial RN Registration No. _____ (RN number must be included for REGULAR membership to be processed) ☐ BSc (Nursing) ☐ Masters (indicate program) _____ ☐ PhD (indicate program) _____ ☐ Certificate(s) _____		☐ Adolescent Health ☐ Chronic Diseases (e.g. Diabetes) ☐ Community Health/Development ☐ Disability ☐ Environmental Health ☐ Family Violence ☐ FAS/FAE ☐ Health Promotion ☐ HIV/AIDS ☐ Home Care ☐ Mental Health ☐ Mentoring Aboriginal Nursing Students ☐ Perinatal/Maternal Child Health ☐ Sexual Abuse ☐ Sexuality & Reproductive Health ☐ Smoking Cessation ☐ Substance Abuse ☐ Traditional Healing ☐ Trans-Cultural Nursing ☐ Women's Health ☐ Other: _____	
PLEASE SELECT			
Member type: ☐ NEW ☐ RENEWING			
Other membership: ☐ C.N.A. member ☐ Other:			
Ancestry: ☐ First Nations ☐ Inuit ☐ Métis			
Status # _____			
MEMBERSHIP LEVEL			
Regular \$50 :			
☐ RN Aboriginal Ancestry			
Associate \$40:			
☐ RN Non-Aboriginal ☐ LPN Aboriginal ☐ LPN Non-Aboriginal			
☐ Healthcare Worker/Aboriginal ☐ Healthcare Worker/Non-Aboriginal			
Nursing Student \$15 :			
☐ Aboriginal ☐ Non-Aboriginal			
Method of payment:		OFFICE USE ONLY	
☐ Cheque/Money Order Made payable to: Aboriginal Nurses Association of Canada		RECEIPT # _____	
☐ Visa ☐ MasterCard		USERID: _____	
Name on Card (please print): _____		PASSWORD: _____	
Enter credit card # and expiry date: _____ - _____ - _____ exp. ____/____			
APPLICANTS SIGNATURE: _____		APPLICATION DATE: _____	



**ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
AUTOCHTONES DU CANADA (AIAC)**

56, RUE SPARKS, BUREAU 502, OTTAWA (ONTARIO) K1P 5A9
Tél: (613) 724-4677 Sans Frais: (866) 724-3049 Téléc. : (613) 724-4718
Site Web : www.anac.on.ca

**FORMULAIRE DE DEMANDE
D'ADHÉSION / DE RENOUVELLEMENT
DE L'ADHÉSION**

Du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010

INFORMATION PERSONNELLE		INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR OU L'ÉCOLE	
Nom de famille		Nom	
Prénom		Département	
Adresse postale		Adresse postale	
Téléphone	()	Téléphone	()
Tél. cell.	()	Tél. cell.	()
Télécopieur	()	Télécopieur	()
Courriel		Courriel	
ÉTUDES		INDIQUEZ LE(S) DOMAINE(S) D'INTÉRÊT	
☐ N° d'inf. aut. (RN) provincial _____ (Le numéro d'infirmière ou d'infirmier autorisé est essentiel au traitement du formulaire des membres EN RÉGLE) ☐ BSc (soins infirmiers) ☐ Maîtrise (indiquer le programme) _____ ☐ Doctorat (indiquer le programme) _____ ☐ Certificat(s) _____		☐ Santé des adolescents ☐ Maladies chroniques (p. ex. le diabète) ☐ Santé/Développement communautaires ☐ Invalidité ☐ Santé environnementale ☐ Violence familiale ☐ EFA/EAF ☐ Promotion de la santé ☐ VIH/SIDA ☐ Soins à domicile ☐ Santé mentale ☐ Encadrement d'étudiant(e)s autochtones en soins infirmiers ☐ Santé périnatale/Santé maternelle et infantile ☐ Abus sexuels ☐ Sexualité et santé de la reproduction ☐ Cessation du tabagisme ☐ Consommation abusive d'alcools et d'autres drogues ☐ Soins de santé traditionnels ☐ Soins infirmiers transculturels ☐ Santé de la femme ☐ Autre : _____	
VEUILLEZ CHOISIR		BUREAU	
Genre d'adhésion : ☐ Nouveau membre de l'AIAC		RECEIPT # _____ USERID: _____ PASSWORD: _____	
Autre adhésion : ☐ Membre de l'AIAC ☐ Autre : _____			
Origine ancestrale : ☐ Premières nations ☐ Inuit ☐ Métis Numéro de statut _____			
NIVEAU D'ADHÉSION			
Ordinaire 50 \$: ☐ Inf. aut. (RN) Origine ancestrale autochtone			
Associé 40 \$: ☐ Inf. aut. Non autochtone ☐ Inf. aux. aut. (LPN) Origine ancestrale autochtone ☐ Inf. aux. aut. (LPN) Non autochtone ☐ Travailleur(euse) de la santé/Origine ancestrale autochtone ☐ Travailleur(euse) de la santé/Origine ancestrale non autochtone			
Étudiant(e) 15 \$: ☐ Étudiant(e) en soins infirmiers - Origine ancestrale autochtone ☐ Étudiant(e) en soins infirmiers - Origine ancestrale non autochtone			
Méthode de paiement : ☐ Chèque/Mandat ☐ Visa ☐ MasterCard Inscrire le numéro de la carte de crédit et la date d'expiration : _____ - _____ - _____ exp. ____/____			
SIGNATURE DU (DE LA) REQUÉRANT(E) :		DATE DE LA DEMANDE :	