



International Association for Child and Adolescent Psychiatry  
and Allied Professions  
Association Internationale de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
et des Professions Associées

Application Form for Individual Membership  
Formulaire de demande d'inscription comme membre individuel(le)

Name Prénom			
Surname / Last Name Nom			
Address / adresse			
Country / Pays			
Email / adresse électronique			
Phone / téléphone			
Gender / Genre	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Divers
Profession: / Profession	<input type="checkbox"/> Psychiatrist	<input type="checkbox"/> Psychologist	<input type="checkbox"/> Pediatrician
	<input type="checkbox"/> Nurse	<input type="checkbox"/> Social Worker	<input type="checkbox"/> Student/Trainee
	<input type="checkbox"/> Other, please specify		
Field of work / champ d'activité:	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Private Practice	<input type="checkbox"/> Public Sector
	<input type="checkbox"/> Research	<input type="checkbox"/> School	
	<input type="checkbox"/> Other, please specify		
Membership category / Catégorie d'adhésion	<input type="checkbox"/> Medical Doctors / Médecins	<input type="checkbox"/> Other Professions / Autres professions	<input type="checkbox"/> Students / Élèves
Membership subscription /Durée d'adhésion	<input type="checkbox"/> One (01) year <i>*For student, only one year membership is allowed.</i>		<input type="checkbox"/> Three (03) years
How did you learn about IACAPAP Membership? / Comment avez-vous entendu parler de l'adhésion à l'IACAPAP ?	<input type="checkbox"/> Association	<input type="checkbox"/> Email Newsletter	<input type="checkbox"/> IACAPAP Website
	<input type="checkbox"/> Social Media	<input type="checkbox"/> Word of Mouth	<input type="checkbox"/> IACAPAP Congress

Why you want to become a member of IACAPAP / Pourquoi voulez-vous devenir membre de l'IACAPAP	
--	--

--

\_\_\_\_\_  
Date of application/ Date  
date de candidature:

\_\_\_\_\_  
Place  
lieu

\_\_\_\_\_  
Signature

Please enclose the following documents:

- A copy of your CV
- A copy of the Student Certification (for student only)

Veuillez joindre les documents suivants:

- Une copie de votre CV
- Une copie de votre carte d'étudiant (pour les étudiants seulement)

This form should be returned to/ce formulaire doit être renvoyé à:

**Secretary-General, IACAPAP**

Email: [info@iacapap.org](mailto:info@iacapap.org)