



RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Pour recevoir plus rapidement la confirmation de votre adhésion et de votre assurance (selon le cas) :
renouvelez votre adhésion, à www.caot.ca

Veillez fournir tous les renseignements demandés sur ce formulaire. Écrivez lisiblement tous les renseignements. Signez le formulaire dûment rempli avant de le renvoyer à l'ACE. Notre banque de données sur les membres nous donne plusieurs façons de communiquer avec vous. Veuillez indiquer l'adresse de votre domicile, même s'il ne s'agit pas de votre principale adresse postale.

Veillez spécifier l'adresse que vous préférez pour vos envois postaux.

Toutes les sélections faites sur ce formulaire (y compris l'adhésion, les polices d'assurance et autres services) sont valides pendant l'année d'adhésion indiquée ci-dessus.

Renseignements personnels			
Nom		Deuxième prénom	Prénom
Pronoms (facultatif)	Date de naissance (Mois) (Jour) (Année)		Langue privilégiée pour la correspondance <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français

Adresse du domicile			
<input type="checkbox"/> Adresse de correspondance privilégiée			
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Pays	Téléphone		Courriel

Adresse professionnelle			
<input type="checkbox"/> Adresse de correspondance privilégiée			
Employeur			
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Pays	Téléphone		Courriel

Permis d'exercice	
Province dans laquelle le membre est inscrit au tableau de membres de l'organisme provincial de réglementation en ergothérapie (cocher toutes les cases qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> QC <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> Non inscrit	

Tous les candidats doivent remplir cette section			
Catégorie d'adhésion — Veillez cocher une case	<input type="checkbox"/> Exerçant à temps plein (>800 heures/année)	<input type="checkbox"/> À l'extérieur du Canada	<input type="checkbox"/> Retraité(e)
	<input type="checkbox"/> Exerçant à temps partiel (<800 heures/année)	<input type="checkbox"/> N'exerçant pas (Voir ci-dessous)	<input type="checkbox"/> Congé parental
Catégorie « n'exerçant pas » — vous devez remplir cette section si vous renouvelez votre adhésion à titre de membre de la catégorie « n'exerçant pas » (veillez cocher une seule case). Veuillez noter qu'exerçant est défini comme fournissant des services directs, de l'enseignement, des consultations, ou effectuant des recherches ou de l'administration dans un domaine quelconque relatif à la santé, à l'enseignement, à la vie communautaire ou au service social. Si vous commencez à travailler au Canada à n'importe quel moment de votre année d'adhésion, vous devrez mettre à jour votre catégorie d'adhésion.			
Congé parental — Les personnes qui sont ou seront en congé parental pendant 6 mois consécutifs ou plus de leur propre année d'adhésion, peuvent sélectionner la catégorie de congé parental et de recevoir les frais de membre n'exerçant pas.			
Retraité(e) — Doit déjà être à la retraite au moment du renouvellement et ne pas s'attendre à travailler pendant votre année d'adhésion.			

FME	J'autorise l'ACE à fournir mon adresse courriel à la Fédération mondiale des ergothérapeutes pour activer mon adhésion gratuite à la FME. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------	---



Association canadienne des ergothérapeutes

103 - 2685 Queensview Drive, Ottawa, ON K2B 8K2
Courriel : membership@caot.ca • Télécopieur : (613) 523-2552
Téléphone : (800) 434-2268 ou (613) 523-2268, poste 601

Numéro d'adhérent

RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Instructions concernant les cotisations

- 1) Cochez toutes les options qui s'appliquent à votre cas.
- 2) Consultez le barème à la page 3 de ce formulaire pour déterminer les frais et les taxes qui s'appliquent.
- 3) Si vous souscrivez à l'assurance responsabilité civile professionnelle de l'ACE/du BMS, remplissez et signez la déclaration d'assurance à la page 5.
- 4) Vérifiez et ajoutez les frais et les taxes qui s'appliquent pour toute option additionnelle que vous avez choisie et Inscrivez les montants appropriés ci-dessous
- 5) Calculez le montant total à payer et choisissez votre mode de paiement.
- 6) Voyez les [avantages supplémentaires de l'adhésion](#) en ligne : GoodLife (Énergie Cardio), Perkopolis et Trouvez un ergo.

Frais d'adhésion	<input type="checkbox"/> plein tarif	<input type="checkbox"/> programme de paiement mensuel *	*Résidents canadiens seulement - voir la page 3 pour de plus amples renseignements.
TPS/TVH s'appliquant sur les frais d'inscription			
Assurance responsabilité professionnelle – Les membres de l'ACE peuvent faire l'achat d'une assurance responsabilité professionnelle à des taux concurrentiels. Les régimes d'assurance offerts par l'ACE répondent aux exigences de tous les organismes canadiens de réglementation. Consultez tous les détails à la page 4.			
Le formulaire de déclaration d'assurance (page 5) doit être rempli et signé pour souscrire une assurance.			
Option 1. Assurance responsabilité professionnelle (Police de base) (6 000 000 \$), Frais de justice (150 000 \$) et Frais de justice au pénal (175 000 \$).			
Option 2. Assurance responsabilité professionnelle (Police de base) (10 000 000 \$), Frais de justice (200 000 \$) et Frais de justice au pénal (250 000 \$)			
TVP / TVQ s'appliquant à l'assurance responsabilité professionnelle <i>(Cette taxe s'applique uniquement en Ontario, au Québec, en Saskatchewan au Manitoba et Terre-Neuve – Consultez la page 4 pour déterminer le montant à payer)</i>			
PAMA	Inscrivez-vous au programme d'aide aux membres et associés (facultatif, résidents canadiens seulement). Le PAMA est un programme de mieux-être qui offre des services de counseling professionnel lorsque vous ou votre famille avez besoin de soutien et de conseils. Accédez à des services de consultation en personne ou par téléphone pour diverses questions, notamment des questions financières, personnelles, familiales, liées au travail, sur les soins pour les personnes âgées et bien d'autres choses encore : 68,00 \$		
<i>(Voir la page 3 pour déterminer le montant à payer)</i> Les taxes s'appliquant aux frais d'adhésion au PAMA			
FCE don	FONDATION CANADIENNE D'ERGOTHÉRAPIE (FCE), DON (optionnel) - Si vous choisissez de faire un don à la FCE, un reçu officiel d'impôt sur le revenu sera émis pour un montant de 25,00 \$ ou plus. J'aimerais faire un don à la FCE d'un montant de: <input type="checkbox"/> 5,00 \$ <input type="checkbox"/> 10,00 \$ <input type="checkbox"/> 25,00 \$ <input type="checkbox"/> 50,00\$ <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non En cochant oui, je comprends que l'ACE partagera mes coordonnées avec la FCE à des fins de réception pour des montants de 25,00 \$ ou plus.		
			Total
NUMÉRO DE T.P.S. R100759877 / TVQ 1020753675			

Modalités de paiement

Libellez les chèques canadiens ou mandats à l'ordre de l'ACE : pénalité de 50,00 \$ si le compte est insuffisamment alimenté.

- Chèque Mandat Visa MasterCard Transfert électronique*

Numéro de carte

Date d'expiration

CVC

Le numéro de sécurité de votre carte de crédit correspond aux trois derniers chiffres du numéro figurant dans la bande de sécurité située au dos de votre carte.

Nom du titulaire _____

Signature _____

* Veuillez envoyer le transfert de fonds par courriel à membership@caot.ca. Veuillez nous faire parvenir la réponse à votre question de sécurité dans un courriel distinct.

- J'accepte de payer mes frais d'adhésion par versements mensuels et j'accepte les conditions générales telles que présentées dans l'accord du programme de paiement mensuel de l'adhésion. La carte de crédit valide indiquée ci-dessus doit être sauvegardée en toute sécurité dans mon profil pour les paiements mensuels.

Signature _____

Cochez cette case si vous n'êtes pas en mesure de fournir une signature électronique. En cochant la case, vous nous autorisez à vous charger le montant indiqué ci-dessus et vous acceptez de vous conformer aux règles et règlements de l'ACE. Votre signature indique que vous acceptez de vous conformer aux règles et règlements et au code de déontologie de l'ACE (disponibles au www.caot.ca) et elle confirme votre admissibilité à l'adhésion, tel qu'indiqué à la page 1 du formulaire.



RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Catégories d'adhésion	Plein tarif	AB, MB, SK (TPS - 5 %)	ON (TVH - 13 %)	NB, NL, NS, PE (TVH-15 %)	BC, QC, NT, NU, YT Frais chapitre	BC, QC, NT, NU, YT (TPS-5 %)
Temps plein > de 800 heures par an	297,00 \$	14,85 \$	38,61 \$	44,55 \$	372,00 \$	18,60 \$
Temps partiel < de 800 heures par an	239,00 \$	11,95 \$	31,07 \$	35,85 \$	301,00 \$	15,05 \$
N'exerçant pas / Congé parental	170,00 \$	8,50 \$	22,10 \$	25,50 \$	212,00 \$	10,60 \$
Retraité(e)	60,00 \$	3,00 \$	7,80 \$	9,00 \$	60,00 \$	3,00 \$
À l'extérieur du Canada	170,00 \$					

Si vous habitez en Colombie-Britannique, Québec, ou l'un des trois territoires du Nord, vos frais d'adhésion sont combinés et comprennent l'adhésion à l'ACE et à l'ACE-CB/ l'ACE-Qc/ l'ACE-Nord. Si vous résidez au Saskatchewan, vous deviendrez automatiquement membre de l'ACE-SK lorsque vous renouvelez votre adhésion à l'ACE.

Politique de remboursement : Tel qu'énoncé dans les règles et règlements de l'ACE, les frais d'adhésion ne sont pas remboursables.

Programme de paiement mensuel ****Nouveau****

Catégories d'adhésion	Tarif mensuel	AB, MB, SK (TPS - 5 %)	ON (TVH - 13 %)	NB, NL, NS, PE (TVH-15 %)	BC, QC, NT, NU, YT Frais chapitre	BC, QC, NT, NU, YT (TPS-5 %)
Temps plein > de 800 heures par an	24,75 \$/mois	1,24 \$/mois	3,22 \$/mois	3,71 \$/mois	31,00 \$/mois	1,55 \$/mois
Temps partiel < de 800 heures par an	19,92 \$/mois	1,00 \$/mois	2,59 \$/mois	2,99 \$/mois	25,08 \$/mois	1,25 \$/mois
N'exerçant pas / Congé parental	14,16 \$/mois	0,71 \$/mois	1,84 \$/mois	2,12 \$/mois	17,66 \$/mois	0,88 \$/mois
Retraité(e)	5,00 \$/mois	0,25 \$/mois	0,65 \$/mois	0,75 \$/mois	5,00 \$/mois	0,25 \$/mois

* Le programme de paiement mensuel est disponible uniquement pour les résidents canadiens – veuillez ajouter les frais pour un mois plus les taxes applicables à la section Frais d'adhésion à la page 2 de ce formulaire si vous sélectionnez le programme de paiement mensuel. Des frais mensuels supplémentaires seront facturés et imputés à la carte de crédit fournie le 15e jour de chaque mois pendant onze mois consécutifs après le traitement de votre renouvellement initial. Veuillez lire les conditions générales telles que présentées dans l'entente du programme de paiement mensuel de l'adhésion à l'adresse <https://www.caot.ca/site/mbrp/monthlytermsofuse>.

Programme d'aide aux membres et aux associés (PAMA)

Inscrivez-vous au programme d'aide aux membres et associés (facultatif, résidents canadiens seulement). Le PAMA est un programme de mieux-être qui offre des services de conseils professionnels lorsque vous ou votre famille avez besoin de soutien et de conseils. Accédez à des services de consultation en personne ou par téléphone pour diverses questions, notamment des questions financières, personnelles, familiales, liées au travail, sur les soins pour les personnes âgées et bien d'autres choses encore.

Frais 68,00 \$	AB, BC, MB, NT, NU, SK, YT (TPS - 5 %) 3,40 \$	QC (TPS - 5 % + TVQ - 9.975 %) 10,18 \$	ON (TVH - 13 %) 8,84 \$	NB, NL, NS, PE (TVH - 15 %) 10,20 \$
----------------	---	--	----------------------------	---



Association canadienne des ergothérapeutes

103 - 2685 Queensview Drive, Ottawa, ON K2B 8K2
 Courriel : membership@caot.ca • Télécopieur : (613) 523-2552
 Téléphone : (800) 434-2268 ou (613) 523-2268, poste 601

Numéro d'adhérent

RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Assurance responsabilité professionnelle de l'ACE. L'ACE offre une assurance abordable qui est valide à travers le Canada. Contrairement à l'assurance offerte par votre employeur, l'assurance que vous achetez auprès de l'ACE est spécialement conçue pour protéger vos intérêts individuels. L'assurance fonctionne sur la base des réclamations, ce qui signifie que vous devez détenir une assurance au moment où la réclamation est faite, peu importe le moment où l'incident s'est produit. **Pour souscrire une assurance, le formulaire de déclaration d'assurance (page 5) doit être rempli, signé et soumis avec votre formulaire d'inscription.** Pour plus de détails concernant l'assurance responsabilité professionnelle, veuillez consulter notre site web (www.caot.ca) ou communiquer avec les services aux membres par téléphone (1-800-434-2268 poste 601 ou 1-613-523-2268 poste 601) ou par courriel (membership@caot.ca).

Prix	Totale des taxes par province					
	SK (6 % TVP)	MB (7 % TVP)	ON (8 % TVP)	QC (9 % TVQ)	NL (15 % TVP)	Autres
Ajouter de l'assurance à votre adhésion actuelle à l'ACE						
OPTION 1. Assurance responsabilité professionnelle - Police de base (6 000 000 \$), Frais de justice (150 000 \$) et Frais de justice au pénal (175 000 \$). <input type="checkbox"/> Les personnes qui sont ou seront en congé parental pendant au moins 6 mois consécutifs de leur propre année d'adhésion ont droit à un rabais de 50%. 36,50 \$ <input type="checkbox"/> Autres personnes – 73,00 \$	2,19 \$	2,56 \$	2,92 \$	3,28 \$	5,48 \$	0,00 \$
OPTION 2. Assurance responsabilité professionnelle - Police de base (10 000 000 \$), Frais de justice (200 000 \$) et Frais de justice au pénal (250 000 \$). <input type="checkbox"/> Les personnes qui sont ou seront en congé parental pendant au moins 6 mois consécutifs de leur propre année d'adhésion ont droit à un rabais de 50%. 63,50 \$ <input type="checkbox"/> Autres personnes – 127,00 \$	3,81 \$	4,44 \$	5,08 \$	5,72 \$	9,52 \$	0,00 \$

Veuillez noter que des options de congé parental sont disponibles pour les membres qui sont ou seront en congé parental pendant 6 mois consécutifs ou plus de leur propre année d'adhésion.

DÉCLARATION : BMS est le courtier gestionnaire pour le programme d'assurance et est responsable de négocier votre couverture d'assurance référencée ci-dessus, ainsi que de fournir des services supplémentaires, y compris des ressources dédiées et la gestion des risques. Le tableau ci-dessus fournit l'information au sujet de la composition des prix annuels pour chaque ligne de couverture disponible.

Couverture	Limite	Prime	*Frais d'administration de BMS	Prix Total
ACE Assurance Responsabilité Professionnelle				
Option 1	6M \$ / 6M \$	63 \$	10 \$	73 \$
Option 2	10M \$ / 10M \$	117 \$	10 \$	127 \$

Couverture	Limite	Prime	*Frais d'administration de BMS	Prix Total
ACE Assurance Responsabilité Professionnelle				
Assistants de l'ergothérapeute/du physiothérapeute	6M \$ / 6M \$	76 \$	0 \$	76 \$
Associé individuel	6M \$ / 6M \$	76 \$	0 \$	76 \$

* Les frais ci-dessus tiennent lieu de commission. Les frais et les commissions peuvent varier en fonction d'un certain nombre de facteurs, notamment l'assurance souscrite et l'assureur. Pour plus d'informations, contactez le groupe BMS au 1-855-318-6024 ou caot.insurance@bmsgroup.com.



CAOT - ACE

Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

DÉCLARATION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ

Si vous décidez de souscrire une assurance responsabilité professionnelle, l'assureur vous demandera de répondre aux questions suivantes. Veuillez noter que si vous avez déjà signalé au courtier du programme d'assurance responsabilité professionnelle de l'ACE, BMS Canada Risk Services Ltd. (BMS), une réclamation dont vous avez fait l'objet dans le passé ou une circonstance susceptible de donner lieu à une réclamation, vous pouvez sélectionner « Oui » et procéder à votre achat.

Si vous n'êtes pas en mesure de sélectionner « Oui », veuillez communiquer avec les services aux membres de l'ACE par téléphone au 1-800-434-2268 poste 601 ou par courriel à membership@caot.ca; ceux-ci vous mettront en contact avec BMS qui vous aidera à remplir votre demande d'assurance.

Je déclare que, au cours des cinq dernières années, je n'ai pas fait l'objet d'une réclamation qui pourrait être couverte par la présente police et je ne suis pas au courant de circonstances susceptibles de donner lieu à une réclamation au titre de cette police.

Je déclare en outre qu'au cours des cinq dernières années, aucun assureur n'a annulé, décliné ou refusé de me délivrer une quelconque forme d'assurance responsabilité professionnelle individuelle et/ou assurance responsabilité professionnelle pour clinique et que la présente demande divulgue les risques connus à la date de son dépôt.

- OUI**, je déclare que les déclarations fournies ici sont vraies et exactes à tous les égards, et que je demande, par la présente, un contrat d'assurance qui doit reposer sur la véracité des dites déclarations.
- NON**, je ne suis pas en mesure de déclarer que les déclarations fournies ici sont vraies et exactes à tous les égards. Je vais communiquer avec les services aux membres de l'ACE par téléphone au 1-800-434-2268 poste 601 ou par courriel à membership@caot.ca pour obtenir de l'aide pour remplir ma demande d'assurance.

Signature

Cochez cette case si vous n'êtes pas en mesure de fournir une signature électronique.

Êtes-vous un entrepreneur indépendant ou un propriétaire d'entreprise ?

Oui

Non

Si oui, le courtier du programme d'assurance responsabilité civile de l'ACE, BMS Canada, vous informe que vous pourriez être exposé à d'autres risques qui ne sont pas couverts par votre police individuelle d'assurance responsabilité civile professionnelle. Vous recevrez un courriel de l'ACE contenant des renseignements sur les personnes-ressources et les prochaines étapes.



Association canadienne des ergothérapeutes

103 - 2685 Queensview Drive, Ottawa, ON K2B 8K2
 Courriel : membership@caot.ca • Télécopieur : (613) 523-2552
 Téléphone : (800) 434-2268 ou (613) 523-2268, poste 601

Numéro d'adhérent

SONDAGE DES MEMBRES

Les renseignements suivants permettront de maintenir à jour les dossiers des membres. Veuillez remplir toutes les sections. Cochez les cases appropriées selon les instructions données dans chaque section. L'Association puise dans ces renseignements pour appuyer ses activités de représentation, pour faciliter le réseautage entre les membres et pour la recherche. Il est important que TOUS les membres fournissent ces renseignements lorsqu'ils se joignent à l'ACE et qu'ils en fassent la mise à jour annuellement lors du renouvellement de leur adhésion.

Ergothérapie - Degré de scolarité

Indiquez dans les cases fournies un code de 2 chiffres pour les trois degrés les plus élevés de votre formation scolaire.

10	Certificat ou diplôme	Formation de base	<input type="text"/>	École	<input type="text"/>	Date d'obtention	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
20	Baccalauréat								
30	Maîtrise non spécifiée	Degré de - formation aux cycles supérieurs	<input type="text"/>	École	<input type="text"/>	Date d'obtention	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
31	Maîtrise professionnelle								
32	Maîtrise en recherche								
40	Doctorat	Degré de -formation aux cycles supérieurs	<input type="text"/>	École	<input type="text"/>	Date d'obtention	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
99	Inconnu								

Âge des clients

Veuillez choisir un code à deux chiffres dans les cases fournies pour indiquer les groupes d'âges des clients pour chaque type d'emploi.

âge des clients dans l'emploi principal	Âge préscolaire (<4 ans)	<input type="checkbox"/>	Enfants d'âges variés (0 à 17 ans)	<input type="checkbox"/>	Personnes âgées (65 ans et +)	<input type="checkbox"/>	Toutes	<input type="checkbox"/>
	Âge scolaire (4 à 17 ans)	<input type="checkbox"/>	Adultes (18 à 64 ans)	<input type="checkbox"/>	Adultes d'âges variés (18 ans et +)	<input type="checkbox"/>		

Secteur

S'il vous plaît sélectionner un.

Je travaille en :	Publique clinique	<input type="checkbox"/>	Publique non clinique	<input type="checkbox"/>	Publique & Privé	<input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
	Privé clinique	<input type="checkbox"/>	Privé non clinique	<input type="checkbox"/>	Autre:	<input type="text"/>		

Le rôle auquel je m'identifie le plus

S'il vous plaît sélectionner un.

Ergothérapeute clinique en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute clinique en milieu scolaire	<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute éducatrice ou éducateur	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute clinique en réadaptation	<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute clinique en soins de longue durée	<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute en recherche	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute clinique dans la communauté	<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute clinique dans d'autres contextes cliniques	<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute dans un autre cadre non clinique	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute clinique en pratique privé	<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute cheffe ou chef de pratique	<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute à la retraite	<input type="checkbox"/>

Domaines d'intérêt

Veuillez choisir tous les champs de pratique qui s'appliquent à votre travail.

Les soins de courte durée	<input type="checkbox"/>	Éducation/Formation clinique	<input type="checkbox"/>	L'orthopédie	<input type="checkbox"/>
La défense des droits et des intérêts	<input type="checkbox"/>	Les évaluations d'équipement	<input type="checkbox"/>	Les soins palliatifs/les soins de fin de vie	<input type="checkbox"/>
Les technologies d'assistance	<input type="checkbox"/>	L'équité et la justice	<input type="checkbox"/>	La santé parentale	<input type="checkbox"/>
Trouble du spectre de l'autisme/La neurodiversité	<input type="checkbox"/>	L'ergonomie	<input type="checkbox"/>	La pédiatrie	<input type="checkbox"/>
Lésion cérébrale/Commotion cérébrale/ La moelle épinière	<input type="checkbox"/>	La santé mentale dans le contexte judiciaire	<input type="checkbox"/>	L'élaboration de politiques	<input type="checkbox"/>
Les soins aux personnes atteintes de cancer	<input type="checkbox"/>	Généraliste	<input type="checkbox"/>	Les soins primaires	<input type="checkbox"/>
L'éducation des proches aidants/membres de la famille	<input type="checkbox"/>	La santé mondiale	<input type="checkbox"/>	La psychothérapie	<input type="checkbox"/>
Les soins cardiorespiratoires	<input type="checkbox"/>	La thérapie de la main	<input type="checkbox"/>	La recherche	<input type="checkbox"/>
La gestion des dossiers	<input type="checkbox"/>	La promotion de la santé et le mieux-être	<input type="checkbox"/>	Le retour au travail	<input type="checkbox"/>
La gestion des maladies chroniques	<input type="checkbox"/>	L'évaluation et la modification du domicile	<input type="checkbox"/>	Les nouveaux rôles	<input type="checkbox"/>
La douleur chronique	<input type="checkbox"/>	La pauvreté / l'itinérance	<input type="checkbox"/>	L'intégration et le traitement sensoriel	<input type="checkbox"/>
Le changement climatique/La santé planétaire	<input type="checkbox"/>	Vivre indépendant et chez soi	<input type="checkbox"/>	La sexualité et le genre	<input type="checkbox"/>
La cognition	<input type="checkbox"/>	La santé des Autochtones	<input type="checkbox"/>	L'administration des services/affaires	<input type="checkbox"/>
Les soins /crises/et le développement communautaires	<input type="checkbox"/>	Les évaluations d'assurances	<input type="checkbox"/>	La toxicomanie/ les dépendances	<input type="checkbox"/>
La démence	<input type="checkbox"/>	L'unité de soins intensifs (USI)	<input type="checkbox"/>	La conception universelle	<input type="checkbox"/>
Les déficiences développementales	<input type="checkbox"/>	Le leadership/Agent de changement	<input type="checkbox"/>	Anciens combattants Canada et les Forces armées canadiennes	<input type="checkbox"/>
L'évaluation et la réadaptation des conducteurs	<input type="checkbox"/>	Les services médico-légaux	<input type="checkbox"/>	La vision	<input type="checkbox"/>
La dysphagie et les troubles digestifs (alimentation et la déglutition)	<input type="checkbox"/>	La Santé mentale	<input type="checkbox"/>	La santé des femmes	<input type="checkbox"/>
		La réadaptation musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	La santé et la sécurité au travail	<input type="checkbox"/>
		La réadaptation après un accident de la route	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
		La neurologie	<input type="checkbox"/>	Sans objet	<input type="checkbox"/>
		Les personnes âgées	<input type="checkbox"/>		



Association canadienne des ergothérapeutes

103 - 2685 Queensview Drive, Ottawa, ON K2B 8K2
Courriel : membership@caot.ca • Télécopieur : (613) 523-2552
Téléphone : (800) 434-2268 ou (613) 523-2268, poste 601

Numéro d'adhérent

SONDAGE DES MEMBRES

PRÉFÉRENCES Pour plus d'informations sur ces programmes, consultez le site www.caot.ca

J'aimerais recevoir des bulletins d'information

Oui Non, pas pour le moment

J'aimerais recevoir les courriels de perfectionnement professionnel

Oui Non, pas pour le moment

Je préfère recevoir les courriels d'annonces de l'ACE

Oui Non, pas pour le moment

Je voudrais passer au zéro papier

Oui Non, pas pour le moment

Je serais intéressé(e) à être **bénévole**

Oui Non, pas pour le moment

Je serais intéressé à faire du mentorat par l'entremise du programme de l'ACE **Trouver un mentor en erg.**

Oui Non, pas pour le moment

Je souhaite obtenir davantage d'informations sur les **Réseaux de pratique en ergothérapie.**

Oui Non, pas pour le moment