

## APPLICATION AND APPROVAL – CADET ACTIVITIES (EMPLOYMENT – COURSE – EXCHANGE) DEMANDE DE PARTICIPATION ET APPROBATION – ACTIVITÉS DE CADETS (EMPLOI – COURS – ÉCHANGE)

**PART 1 – APPLICATION (To be completed by cadet and parent or guardian)      PARTIE 1 – DEMANDE (À remplir par le cadet et le parent ou tuteur)**

SECTION A – PERSONAL DATA – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS							
CADET CORPS/SQUADRON CORPS/ESCADRON DE CADETS	▷	NO. & NAME – N° ET NOM	LOCALITY (CITY) – LOCALITÉ (VILLE)				
IDENTIFICATION OF CADET IDENTIFICATION DU CADET	▷	RANK – GRADE	SURNAME – NOM	FIRST NAME – PRÉNOMS			SEX – SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
HOME ADDRESS ADRESSE DOMICILIAIRE	▷	ADDRESS – ADRESSE		CITY – VILLE	PROVINCE	POSTAL CODE POSTAL	
TELEPHONE NO. N° DE TÉLÉPHONE	▷	(   ) (   )	PROVINCIAL HEALTH INSURANCE NO. N° D'ASSURANCE-MALADIE DU RÉGIME PROVINCIAL	▷	Expiry Date Date d'expiration	AGE – ÂGE	DATE OF BIRTH – DATE DE NAISSANCE Day – Jour   Month – Mois   Year – Année
LANGUAGES LANGUES	▷	PRIMARY MATERNELLE	OTHERS – AUTRES	RELIGION	DATE OF REGISTRATION – DATE D'INSCRIPTION AUX CADETS Day – Jour   Month – Mois   Year – Année		
SECTION B – LHQ TRAINING / COURSES / EXCHANGES ATTENDED OR PREVIOUS EMPLOYMENT INSTRUCTION À L'UNITÉ / COURS SUIVIS / ÉCHANGES OU EMPLOIS ANTÉRIEURS							
LAST LHQ TRAINING LEVEL COMPLETED – DERNIER NIVEAU D'INSTRUCTION COMPLÉTÉ À L'UNITÉ			YEAR – ANNÉE	LEVEL – NIVEAU			
1.							
COURSES / EXCHANGES / EMPLOYMENT – COURS / ÉCHANGES / EMPLOIS			YEARS – ANNÉES	CSTC OR COUNTRY OF EXCHANGE – CIEC OU PAYS D'ÉCHANGE			
2.							
3.							
4.							
5.							
SECTION C – CADET ACTIVITY(IES) REQUESTED – ACTIVITÉ(S) DE CADETS DEMANDÉE(S)							
CHOICES – CHOIX	EMPLOYMENT / COURSE / EXCHANGE – EMPLOI / COURS / ÉCHANGE			CSTC OR COUNTRY OF EXCHANGE – CIEC OU PAYS D'ÉCHANGE			
1.							
2.							
3.							
SECTION D – DECLARATION OF PARENT OR GUARDIAN – DÉCLARATION DU PARENT OU TUTEUR							
1. I give my consent to my son/daughter/ward to attend the requested cadet activity(ies).				1. Je consens à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille participe à l'(aux) activité(s) de cadets demandée(s).			
2. Authority is granted for my son/daughter/ward to travel on commercial or military aircraft, ships and vehicles as deemed necessary by the service.				2. Je consens à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille voyage par avion, navire ou autre véhicule commercial ou militaire suivant les exigences du service.			
3. I acknowledge and understand that I will give at least 48 hours notice, should my son/daughter/ward be prevented from attending the requested activity. If my son/daughter/ward does not report for the activity and proper notice has not been given, he/she may be refused participation in similar activity(ies) during the following year.				3. Je reconnais et comprends que je dois donner un avis d'au moins 48 heures si mon enfant/pupille ne se présentera pas pour l'activité, et que si cet avis raisonnable n'est pas fourni, mon enfant/pupille peut se voir refuser sa participation à une (des) activité(s) semblables pour l'été suivant.			
4. I understand that if I request that my son/daughter/ward be returned home prior to completion of the cadet activity(ies), or if my son/daughter/ward fails to report for the activity(ies) without proper notice, I may be liable for transportation costs.				4. Il est entendu que si je demande que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille soit retourné(e) à la maison avant la fin de l'(des) activité(s) de cadets, ou si mon enfant/pupille ne se présente pas à (aux) activité(s) sans avoir fourni l'avis raisonnable, je peux être tenu responsable des frais de transport.			
5. Permission is granted to issue weekend and/or evening passes. If passes are authorized on a restricted basis, indicate below.		Yes Oui	No Non	5. Les permissions de fin de semaine et/ou de soirée sont autorisées. Si des permissions sont accordées sur une base restreinte, indiquer ci-dessous.			
6. Is there a court decree or judgement or separation agreement in existence, the terms of which award you the custody of your son/daughter/ward and/or award visiting rights or restrict access to your son/daughter/ward by another party? If yes, provide additional information under separate cover.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Existe-t-il une ordonnance ou un jugement d'un tribunal ou une entente de séparation, stipulant que la garde de votre fils/fille/pupille vous est confiée et/ou qui autorise des droits de visites ou restreint l'accès à votre fils/fille/pupille par une autre personne? Si oui, prière de fournir de plus amples détails par courrier séparé.			
Same address and telephone as in Section A above; or				<input type="checkbox"/> Même adresse domiciliaire et n° de téléphone identifiés dans la section A ci-dessus; ou			
(Name of Parent/Legal Guardian (Print) – Nom du parent/tuteur légal (en lettre moulée))			(Signature of Parent/Legal Guardian – Signature du parent/tuteur légal)			Date	
Relationship (parent or guardian) – Lien de parenté (parent ou tuteur) :							
ADDRESS – ADRESSE		CITY – VILLE	PROVINCE	POSTAL CODE POSTAL	TEL – TÉL. (   )	E-MAIL – COURRIEL	
IF PASSES AUTHORIZED ON A RESTRICTED BASIS, INDICATE:	NAME (relative, friend to be visited) – NOM (parent ou ami qui sera visité)						TEL – TÉL. (   )
SI DES PERMISSIONS SONT ACCORDÉES SUR UNE BASE RESTREINTE, INDIQUER :	ADDRESS – ADRESSE		CITY – VILLE	PROVINCE	POSTAL CODE POSTAL		
PARENT/GUARDIAN Summer Address (if applicable)	ADDRESS – ADRESSE		CITY – VILLE	PROVINCE	TEL – TÉL. (   )		
PARENT/TUTEUR Adresse durant l'été (s'il y a lieu)					POSTAL CODE POSTAL		
ALTERNATE FAMILY/ADULT CONTACT (In case of emergency)	NAME – NOM						TEL – TÉL. (   )
POINT DE CONTACT SUPPLÉMENTAIRE FAMILLE/ADULTE (En cas d'urgence)	ADDRESS – ADRESSE		CITY – VILLE	PROVINCE	POSTAL CODE POSTAL		



CADET CORPS/SQUADRON NO. N° DU CORPS/ESCADRON DE CADETS	LOCALITY (CITY) LOCALITÉ (VILLE)
--	-------------------------------------

**PART 2 – MEDICAL INFORMATION**  
*(To be completed by the parent / guardian)*

**PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**  
*(À remplir par le parent ou tuteur)*

**SECTION A – PERSONAL DATA – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

FAMILY NAME OF THE CADET – NOM DU CADET	GIVEN NAME – PRÉNOM	DATE OF BIRTH – DATE DE NAISSANCE		M	F	
		Day – Jour	Month – Mois	Year – Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOOD GROUP (if known) GROUPE SANGUIN (si connu)	PROVINCIAL HEALTH INSURANCE NUMBER (Mandatory) N° D'ASSURANCE-MALADIE DU RÉGIME PROVINCIAL (Obligatoire)					

**SECTION B – MEDICAL INFORMATION – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

1. Is your son/daughter/ward capable of participating in the following activities while at the training centre or during the exchange: strenuous physical activities, drill and marching on hard surfaces, swimming and other water sports, running team sports, outdoor training for one or more nights in locations remote from medical facilities?	Yes Oui	No Non	1. Votre fils/fille/pupille est-il(elle) capable de participer aux activités suivantes du centre d'instruction ou durant l'échange : activités physiques ardues, exercices militaires et marches sur des surfaces dures, natation et autres sports aquatiques, courses en équipe, séance d'entraînement à l'extérieur durant une ou plusieurs nuits dans des endroits éloignés d'installations médicales?
2. Does your son/daughter/ward have a medical condition or problem requiring access, within 20-30 minutes, to a physician, general practitioner or specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Votre fils/fille/pupille a-t-il(elle) un problème médical requérant accès à un médecin généraliste ou spécialiste en moins de 20 à 30 minutes?
3. If a specialist physician is required, specify the type.			3. Si un médecin spécialiste est requis, veuillez préciser la spécialité.
4. Is your son/daughter/ward being treated or managed by a physician for any of the following:			4. Votre fils/fille/pupille est-il(elle) soigné(e) ou sous la supervision d'un médecin pour une des maladies suivantes :
a. lung disease, chronic cough, wheezing or asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. maladie pulmonaire, toux chronique, respiration asthmatique ou asthme?
b. heart problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. troubles cardiaques?
c. bed wetting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. incontinence nocturne?
d. seizure disorders, fits, convulsions, epilepsy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. troubles désordonnés, crises, convulsions, épilepsie?
e. diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. diabète?
f. arthritis or other joint problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. arthrite ou autres problèmes d'articulations?
g. foot problems that may restrict activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. problèmes de pied qui pourraient limiter les activités?
h. any condition requiring a special diet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. toute condition exigeant un régime alimentaire spécial?
i. serious allergies to insect stings, to medication, to food or any other substance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. allergies graves aux piqûres d'insectes, à des médicaments, à certaine nourriture ou à d'autre substance?
j. any skin conditions that could restrict activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. toute condition de la peau qui pourraient restreindre les activités?
k. any other medical condition not listed above, especially if they may limit activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. toute autre maladie non énumérée ci-haut, surtout si elle peut restreindre les activités?
<b>If you answered yes to any of the above questions, please give additional details in paragraph 8.</b>			<b>Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez donner des détails au paragraphe 8.</b>

5. Is your son/daughter/ward on any prescribed medication?  
Votre fils/fille/pupille prend-il(elle) présentement des médicaments prescrits par un médecin?

Please specify, listing the type and dosing strength/intervals. Please ensure that your son/daughter/ward has sufficient quantities to last the duration of the training or exchange period. \_\_\_\_\_

Veuillez préciser, indiquant le genre, la dose et les intervalles. Prière de vous assurer que votre fils/fille/pupille a une quantité suffisante pour la durée de l'instruction ou de l'échange. \_\_\_\_\_

6. Is your son/daughter/ward currently undergoing physiotherapy, counselling or therapy for any reason?  
Votre fils/fille/pupille reçoit-il(elle) présentement de la physiothérapie, un service de conseil ou de la thérapie qu'importe la raison? \_\_\_\_\_

Please identify/specify.  
Veuillez identifier/préciser.

7. Has your son/daughter/ward ever been hospitalized and/or undergone any operation? For what reason and when:  
Votre fils/fille/pupille a-t-il(elle) déjà été hospitalisé(e) et/ou subi une opération chirurgicale? Pour quelle raison et quand :

8. I acknowledge and understand that it is my responsibility to provide full and complete disclosure to the medical questions asked herein. I agree to fully release and indemnify Her Majesty the Queen in Right of Canada, her heirs, successors, employees, agents, and members of the Canadian Forces from any and all damages, past, present and future, resulting directly from my non-disclosure of the requested medical information.  
Je reconnais et comprends qu'il est absolument ma responsabilité de faire une divulgation pleine et entière de toute l'information médicale demandée ci-haut. J'accepte de pleinement indemniser et de renoncer à toute demande de dommages envers Sa Majesté La Reine en Chef du Canada, ses héritiers, successeurs, employés, agents et membres de ses Forces Armées pour tout dommages passés, présents et futurs relevant directement de la non-divulgation d'information demandée ci-haut.

**NOTES**

1. This form will be reviewed by cadet authorities. Further information from your child attending physician may be required should you provide any positive response to the preceding questions. In order to avoid delays in obtaining such information by our medical personnel, you are requested to sign the release of medical information statement contained in Section C below.
2. Should you have any concerns respecting your son/daughter/ward's suitability to undertake cadet activity(ies), you are encouraged to discuss these concerns with your family doctor and the corps/squadron Commanding Officer.
3. You are strongly encouraged to have your son/daughter/ward immunized against tetanus, diphtheria, polio, measles, mumps and (for female cadets) rubella. Of particular importance is immunization against tetanus due to the possibility of injury in the field during training. Immunization of your son/daughter/ward is your complete responsibility, as are potential difficulties arising from lack of immunization.
4. Should your son/daughter/ward develop any medical problem or condition after completion of this form, you shall inform the corps/squadron Commanding Officer who will notify the Regional Cadet staff.

**NOTA**

1. Ce formulaire sera examiné par les autorités de cadets. Il pourrait s'avérer nécessaire d'obtenir de plus amples renseignements du médecin traitant de votre enfant(e) si vous avez répondu affirmativement à l'une des questions précédentes. Pour éviter tout retard dans l'obtention de ces renseignements par notre personnel médical, veuillez signer l'autorisation à communiquer des renseignements médicaux à la section C ci-dessous.
2. Vous êtes priés de consulter votre médecin de famille et le commandant du corps/de l'escadron si vous avez des inquiétudes concernant l'aptitude de votre fils/fille/pupille à participer à l'(aux) activité(s) de cadets.
3. Vous êtes fortement encouragé à faire vacciner votre fils/fille/pupille contre le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons et (pour les cadets de sexe féminin) la rubéole. L'immunisation contre le tétanos est très importante à cause de la possibilité de se blesser durant les exercices extérieurs. Vous êtes responsables de l'immunisation de votre fils/fille/pupille, ainsi que des complications pouvant survenir faute d'immunisation.
4. Si votre fils/fille/pupille éprouve un problème médical après la soumission de ce formulaire, vous devez en informer le commandant du corps/de l'escadron qui avisera l'état major régional des cadets.

**SECTION C – CERTIFICATION/AUTHORIZATION – ATTESTATION/AUTORISATION**

**CERTIFICATION**

1. I certify that the information above is complete and accurate. I also certify that my son/daughter/ward is healthy and in good physical condition with all the exceptions previously noted.

**ATTESTATION**

1. J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets. J'atteste aussi que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille est en bonne santé et en bonne condition physique sauf pour les exceptions énumérées précédemment.

**AUTHORIZATION**

2. I authorize \_\_\_\_\_  
(Name of family doctor)  
  
\_\_\_\_\_  
(Address and telephone number)

**AUTORISATION**

2. J'autorise \_\_\_\_\_  
(Nom du médecin de famille)  
  
\_\_\_\_\_  
(Adresse et numéro de téléphone)

to release to Canadian Forces medical personnel, medical information on any of the positive response in Section 2B.

à communiquer au personnel médical des Forces canadiennes des renseignements sur l'une ou l'autre des réponses positives de la Section 2B.

3. I consent to the provision of services to my son/daughter/ward by licensed/qualified medical practitioners for minor treatments (treating scrapes, cuts, sprains, insect bites, etc) or essential emergency treatments (setting a broken bone, treating a burn, removing foreign objects from an eye, etc) where I cannot be reached or reached in time to provide an emergency treatment such as in the case of severe allergic reactions to food, insect bites, etc.
4. I authorize any doctor, medical clinic or centre to forward to the Medical Clinic of the Cadet Summer Training Centre (CSTC) the following information concerning my son/daughter/ward: medical notes, document summary, lab test results, x-rays and any other information contained in the medical file and deemed necessary by the medical authority responsible for the CSTC for medical care or treatment provided while he/she carried out cadet activities at the CSTC.

3. Je consens à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille reçoive des soins médicaux bénins (soigné des éraflures, coupures, entorses, piqûres d'insectes, etc) ou traitement d'urgence indispensable (placer une fracture, soigner une brûlure, enlever un objet étranger d'un oeil, etc) quand je ne peux pas être contacté ou contacté à temps pour des traitements d'urgence tel que dans le cas d'une réaction allergique grave à de la nourriture, piqûres d'insectes, etc.
4. J'autorise tout médecin, clinique ou centre médical à faire parvenir à la clinique médicale du Centre d'instruction d'été des Cadets (CIEC) les renseignements suivants concernant mon fils/ma fille/mon ou ma pupille : notes médicales, résumé de dossier, résultats de test du laboratoire, rayons X et tout autre renseignement contenu au dossier médical et jugé nécessaire par l'autorité médicale responsable du CIEC pour des soins ou traitements reçus lors de sa participation aux activités de cadets du CIEC.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Cadet – Signature du cadet)

\_\_\_\_\_  
(Date)



\_\_\_\_\_  
Name of Parent/Guardian (Print) – Nom du Parent/Tuteur (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Parent/Guardian – Signature du Parent/Tuteur)

Tel. No. – N° de téléphone ▷

(Business – Travail) ( )

(Home – Domicile) ( )

**PART 5 – REVIEW / REGIONAL SURGEON**

*(Include any restrictions imposed on the cadet due to a medical condition)*

**PARTIE 5 – RÉVISION / MÉDECIN-CHEF DE LA RÉGION**

*(inclure toute limitation imposée au cadet à cause d'un problème médical)*

Fit for all cadet activities.  
Apte à participer à toutes les activités de cadets.

Yes  
Oui

No  
Non

Restrictions:  
Limitations :

\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)