

SN / NM \_\_\_\_\_ Rank \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ First name \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Surname: \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Unit / Unité \_\_\_\_\_ Name / Community \_\_\_\_\_ Gender / Sexe M  F   
 Nom / Localité \_\_\_\_\_

Region / Région	Atlantic / Atlantique <input type="checkbox"/>	Central / Centre <input type="checkbox"/>	Pacific / Pacifique <input type="checkbox"/>
	Eastern / Est <input type="checkbox"/>	Prairies / Prairies <input type="checkbox"/>	Northern / Nord <input type="checkbox"/>

PROTECTED A (when completed) – PROTÉGÉ A (une fois rempli)

**ARMY CADET APPLICATION FOR ADVANCED TRAINING AND EXPEDITIONS / FORMULAIRE POUR ENTRAÎNEMENT AVANCÉ ET EXPÉDITIONS – CADETS DE L'ARMÉE.**

(This application is to be used for the following courses/activities: / Ce formulaire doit être complété pour les demandes de cours suivants : Leadership & Challenge/Commandement et défi; Para; International Exchanges/Échanges internationales; ACL Marksman/CCTE; ACLI Marksman/CCITE; NRT/ENT; Advanced Music Courses/Cours avancés de musique; and/et National Expeditions/Expéditions nationales)

Would you like to be considered for other exchanges/expedition positions? YES  NO   
 Désirez-vous être considéré pour un autre poste d'échange/expédition? OUI /  NON /

**SECTION C - Courses and Employment / Cours et Emplois**

Summer Training Completed / Cours d'été réussis

Year / Année	Course title - employment / Titre du cours - emploi	CSTC / CIECA

**SECTION A - Personal information / Renseignements personnels**

Address / Adresse	City / Ville	Prov	Code Postal Code
Enrolment date at the CC / Date d'inscription au CC _____/_____/_____ DJ / MM / YA		Phone number / Téléphone Home / Résidence ( ) _____ Email / Courriel _____	
Date of birth / Date de naissance _____/_____/_____ DJ / MM / YA		Age on July 1 <sup>st</sup> the year of the course or exchange / Votre âge au 1 <sup>er</sup> juillet de l'année du cours ou échange _____	
Indicate the period during which you will be available this summer Indiquez la période durant laquelle vous serez disponible cet été			
<b>IMPORTANT</b> →			
		From / Du _____/_____/_____ DJ / MM / YA	To / Au _____/_____/_____ DJ / MM / YA
In which language are you most comfortable? / Dans quelle langue êtes-vous le plus à l'aise?		French / Français <input type="checkbox"/>	English / Anglais <input type="checkbox"/>
Other (specify) / Autre (spécifier) : _____			
Indicate your ability to communicate in the other official language: Indiquez la capacité à communiquer dans l'autre langue officielle : limited / limitée <input type="checkbox"/> functional / fonctionnelle <input type="checkbox"/> bilingual / bilingue <input type="checkbox"/>			

**SECTION D - Local Training / Instruction Local**

Position held at the Cadet Corps / Fonction au corps de cadets :			
Training level being followed this training year at the LHQ: Niveau d'instruction en cours au corps de cadets :			
Master Cadet Appointment / Nomination Cadet-Maître			Date :
<b>NSCE /ENCE</b>	Date : ____/____/____	Result / Résultat %	In progress / En cours <input type="checkbox"/>

**SECTION E – Significant Achievements / Réalisations significatives**

Summarize your significant achievements / Veuillez résumer vos réalisations significatives Year - Année

Year - Année

PROTECTED A (when completed) – PROTÉGÉ A (une fois rempli)

**SECTION B - Training requested / Entraînement postulé**

	Exchange Name or Course/Expedition Title / Titre de l'échange, du cours ou d'expédition	CSTC / CIECA
1		
2		
3		

**STAPLE YOUR DOCUMENTS HERE**

**BROCHEZ VOS DOCUMENTS À CET ENDROIT**

**SECTION F - Check list / Aide-mémoire** (For Corps COs / Pour les Cmdts des CC)

**Please ensure that the following documents accompany this application / Svp vous assurer que les documents suivants accompagnent cette application :**

- Copy of last course report or staff cadet report / Photocopie du dernier rapport de cours ou d'emploi.
- Copy of Passport (if current), and Visa (if landed immigrant) / copie du passeport (si courant), et Visa (si immigrant reçu).

Note/Nota : A current passport/visa is not a prerequisite for applying; however once a cadet is selected, he/she must be in possession of a passport and/or Visa to attend out-of-country activities./Le passeport/visa n'est pas un prérequis pour appliquer, mais une fois le cadet est sélectionné, il/elle devra s'en procurer pour permettre sa participation aux activités hors du pays.

**SECTION G - Declaration of Parent or Guardian - Déclaration du Parent ou Tuteur**

	Yes - Oui	No - Non	
1. I give my consent to my son/daughter/ward to attend the requested cadet activity(ies).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Je consens à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille participe à (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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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. Permission is granted to issue weekend passes and/or evening passes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Les permissions de fin de semaine et/ou de soirée sont autorisées.
4. I understand that if I request that my son/daughter/ward be returned home prior to completion of the cadet activity(ies), I may be liable for transportation costs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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, je peux être tenu responsable des frais de transport.
5. 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? <b>If yes, provide additional information under separate cover.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Existe-t-il une ordonnance ou un jugement d'un tribunal ou un contrat 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? <b>Si oui, prière de fournir de plus amples détails par courrier séparé.</b>
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Kinship / Lien de parenté :</div>			
Name of Parent / Legal Guardian in block letters Nom du Parent / Tuteur légal en lettre moulées		(Signature of Parent/Legal Guardian) (Signature du parent/tuteur légal)	
<input type="checkbox"/> Same address and telephone as in Section "A" above; or / Même adresse domiciliaire et no de téléphone identifiés dans la Section "A" ci-dessus; ou			
ADDRESS - ADRESSE		CITY - VILLE	PROV.
		POSTAL CODE POSTAL	TEL - TÉL.
IF PASSES AUTHORIZED ON A RESTRICTED BASIS, INDICATE:  SI DES PERMISSIONS SONT ACCORDÉES SUR UNE BASE RESTREINTE, INDIQUER:	NAME (Relative, Friend to be visited) – NOM (parent ou ami qui sera visité)		TEL - TÉL.
	ADDRESS - ADRESSE	CITY – VILLE	POSTAL CODE POSTAL
PARENT/GUARDIAN Summer Address (if applicable)  PARENT/TUTEUR Adresse durant l'été (s'il y a lieu)	ADDRESS - ADRESSE		TEL - TÉL.
			POSTAL CODE POSTAL
ALTERNATE FAMILY/ADULT CONTACT (In case of emergency)  POINT DE CONTACTE SUPPLÉMENTAIRE FAMILLE/ ADULTE (En cas d'urgence)	NAME - NOM		TEL - TÉL.
	ADDRESS - ADRESSE	CITY – VILLE	POSTAL CODE POSTAL

## SECTION H - Physical Fitness Evaluation / Évaluation de la condition physique

**To be selected to participate on Advanced Training/National Expeditions, you must meet specific Physical Fitness standards which are detailed below. In addition, you will be tested on your arrival at the Summer Training Center to confirm that you have maintained the required fitness level; those who cannot meet the fitness standard will be returned to unit.**

**Pour être sélectionné sur un cours avancé ou expéditions nationales, vous devez rencontrer les normes spécifiques de condition physique détaillées ci-dessous. De plus, votre condition physique sera évaluée à votre arrivée au centre d'instruction pour confirmer que vous avez maintenu le niveau requis; ceux qui ne rencontrent pas le niveau de condition physique seront retournés à l'unité.**

**Para**  
**MLE/OBW/OBS/Germany/Leadership & Challenge – RFA/commandement et défi**  
**USA / É.-U.**  
**ACE / ECA (Sweden - Suède, Finland - Finlande, etc...)**  
**NRT/ENT; ACL Marksman/CCTE; ACLI Marksman/CCITE; Advanced Music**  
**Courses/Cours avancés de musique.**

See table below / Voir le tableau ci-dessous  
 ACFT **Silver** level / TCPCA niveau **Argent**  
 ACFT **Gold** level / TCPCA niveau **Or**  
 ACFT **Bronze** level / TCPCA niveau **Bronze**  
**N/A**

**In addition, the following factors may impact your performance while undergoing various advanced courses/ De plus, les facteurs suivants pourraient avoir un impact sur votre performance durant les cours avancés:**

1. Cadets attending Leadership & Challenge Course at Rocky Mountain must be prepared to participate in water activities while wearing PFDs / Les cadets participant au cours d'Art du commandement et défi au CNIECA Montagnes Rocheuses doivent s'attendre à porter la VFI durant les activités aquatiques.
2. Previous knee/ankle injuries may re-occur during the parachute course / Les anciennes blessures aux genoux/chevilles peuvent réapparaître durant le cours de parachutiste.

Para Test / Épreuve Para	Standards	Individual Performances / Performances individuelles	Remarks / Remarques
1.6 Km Run 1.6 Km de Course	7 :30 / 7 minutes 30 secondes		
Sit Ups Redressements assis	31 consecutive / 31 consécutifs		
Chin Ups Traction à la barre.	7 consecutive / 7 consécutifs		

\_\_\_\_\_  
 Evaluator's Name / Nom de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
 Evaluator's Signature / Signature de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
 Date

**ACFT / TCPCA – Refer to CATO 41-03 for detailed instructions on the administration of the ACFT. / Se référer à l'OAIC 41-03 pour plus de détails sur l'administration du TCPCA.**

**Level Achieved / Niveau atteint :                      Gold / Or                      Silver / Argent                      Bronze                      No level / Aucun niveau**

\_\_\_\_\_  
 Evaluator's Name / Nom de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
 Evaluator's Signature / Signature de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
 Date

### **NOTE/NOTA**

1. If the last reported ACFT results occurred prior to 1 January of this year, a more current test must be administered and those results indicated above. / Si l'évaluation de la condition physique du cadet (TCPCA) date d'avant le 1er janvier de cette année, les résultats d'une évaluation plus récente doit être fourni ici haut.
2. If the applicant was last administered the ACFT during the NSCE of the current training year, and those results meet the required standard for the activity being requested (see above), those results are to be reported above. / Si l'évaluation récente de la condition physique du cadet (TCPCA) lors de la CNE de cette année rencontrent le niveau requis pour l'activité postulée, ces résultats doivent être rapportés ici haut.
3. The applicant must commit him/herself to maintain the required standard until he/she reports to the training centre. / Le candidat doit s'engager à maintenir ce niveau de condition physique jusqu'à son arrivée au centre d'instruction.

### SECTION J – Corps Commanding Officer / Commandant du CC.

(Essential for selection / Essentiel pour la sélection)

Brief summary on the applicant's ability and potential for the requested training and his/her performance at the unit.  
 Bref exposé sur la capacité et le potentiel du candidat en lien avec l'entraînement postulé et son rendement à l'unité.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**COMMANDING OFFICER'S STATEMENT** (Completed after CF51 – MEDICAL INFORMATION is completed)

**DÉCLARATION DU COMMANDANT** (À compléter après que le CF51 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX soit rempli)

1. I have examined the cadet's proof of age and certify that the date of birth shown on this form is correct.	1. J'ai examiné l'attestation d'âge du cadet, et je confirme que la date de naissance qui apparaît sur ce formulaire est exacte.
2. I certify that this cadet meets all prerequisites for the cadet activity(ies) requested.	2. J'atteste que ce cadet satisfait à toutes les conditions d'admissibilité de l'(des) activité(s) de cadets demandée(s).
3. I confirm that this form is properly completed.	3. Je confirme que ce formulaire est dûment rempli.
4. This cadet was not previously RTU'd. If yes, provide details below.	4. Le cadet n'a pas été RAU. Si oui, fournir de plus amples détails ci-dessous.
Reasons: Motifs:	
5. I have interviewed this cadet and this application is:	5. Je me suis entretenu avec le cadet et cette demande est :
Recommended <input type="checkbox"/> <b>OR</b> Not recommended <input type="checkbox"/> Recommandée <input type="checkbox"/> <b>OU</b> Pas recommandée <input type="checkbox"/>	
CADET CORPS CONTACT OFFICER OFFICIER DE CONTACT DU CORPS DE CADETS	Name(Print) – Nom (En letter moulées)      Tel – Tél.
COMMANDING OFFICER COMMANDANT	Name(Print) – Nom (En letter moulées)
	Signature      Date

### SECTION K - Detachment – ACO Recommendation / Détachement - Recommandation du CCad

I have ensured that all parts of this form are properly completed and that all required documents have been enclosed. / Je me suis assuré que toutes les parties de ce formulaire sont dûment complétées et que tous les documents requis sont joints.

Recommendation / Recommandation

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      ACO Signature/Signature du CCad

### SECTION L - RCSU – Recommendation / URSC – Recommandation

Brief summary on the applicant's ability and potential for the requested training.  
 Bref exposé sur la capacité et le potentiel du candidat en lien avec la formation postulé.

<input type="checkbox"/>	Candidate has provided blood group (para course). Le candidat a fourni son groupe sanguin (cours para).	I have ensured that all parts of this form are properly completed and that all required documents have been enclosed. / Je me suis assuré que toutes les parties de ce formulaire sont dûment complétées et que tous les documents requis sont joints.
<input type="checkbox"/>	Applicant for para course: arrangements made for CF medical and CF 2027 will be forwarded. Candidat pour le cours para : visitera un médecin des FC et le CF 2027 sera fournit.	
<input type="checkbox"/>	Fitness level of applicant has been evaluated. / La condition physique du candidat a été évalué.	
Date: ___/___/___		Recommendation / Recommandation
Date: ___/___/___		SO2 Army Signature/ Signature OEM 2 Armée

### SECTION M - D Cadets 4-4 Approval/ D Cad 4-4 Approbation

<b>Application is/est:</b>	<b>Approved / Approuvée</b> <b>Not Approved / Pas Approuvée</b>	<b>Training Assigned / Poste Assigné :</b>
Date: ___/___/___	DCdts 4-4 Signature / Signature du DCad 4-4	

# SECTION I

PROTECTED A (when completed) – PROTÉGÉ A (une fois rempli)

## PART 2 – MEDICAL INFORMATION

(To be completed by the parent / guardian)

## PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(A remplir par le parent ou tuteur)

### SECTION "A" – PERSONAL DATA – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

FAMILY NAME OF THE CADET – NOM DU CADET	GIVEN NAME - PRENOM	DOB - DDN	SEX - SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
BLOOD GROUP (if known) GROUPE SANGUIN (si connu)	PROVINCIAL HOSPITAL INSURANCE NUMBER (Mandatory) N° D'ASSURANCE-MALADIE DU REGIME PROVINCIAL (Obligatoire)		

### SECTION "B" – MEDICAL INFORMATION – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Is your son/daughter/ward capable of participating in the following activities while at the training center 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?</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br/>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> | <p>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, course en équipe, séance d'entraînement à l'extérieur durant une ou plusieurs nuits dans des endroits éloignés d'installations médicales.</p> |
| <p>2. Does your son/daughter/ward have a medical condition or problem requiring access, within 20-30 minutes, to physician or general practitioners or specialists?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   | <p>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?</p>   |
| <p>3. If a specialist physician is required, specify the type.</p>   | <p>3. Si un médecin spécialiste est requis, veuillez préciser la spécialité.</p>   |

- |  |  |
|--|--|
| <p>4. Is your son/daughter/ward being treated or managed by a physician for any of the following:</p> <p>a. lung disease, chronic cough, wheezing or asthma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. heart problems? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. bed wetting? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. seizure disorders, fits, convulsions, epilepsy? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e. diabetes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>f. arthritis or other joint problems? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>g. foot problems that may restrict activities? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>h. any condition requiring a special diet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>i. serious allergies to insect stings, to medication, to food or any other substance? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>j. any skin conditions that could restrict activities? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>k. any other medical condition not listed above, especially if they may limit activities? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>4. Votre fils/fille/pupille est-il(elle) soigné (e) ou sous la supervision d'un médecin pour une des maladies suivantes :</p> <p>a. maladie pulmonaire, toux chronique, respiration asthmatique ou asthme?</p> <p>b. troubles cardiaques?</p> <p>c. incontinence nocturne?</p> <p>d. troubles désordonnés, crises, convulsions, épilepsie?</p> <p>e. diabète?</p> <p>f. arthrite ou autres problèmes d'articulations?</p> <p>g. problèmes de pied qui pourraient limiter les activités?</p> <p>h. une condition exigeant un régime alimentaire spécial?</p> <p>i. allergies graves aux piqûres d'abeilles ou à d'autres médicaments, à certaines nourritures ou à d'autre substance?</p> <p>j. toutes conditions de la peau qui pourraient restreindre les activités?</p> <p>k. toute autre maladie non énumérée ci-haut, surtout si elle peut restreindre les activités?</p> |
|--|--|

**If you answered yes to any of the above questions please give additional details in paragraph 8.**

**Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez donner des détails au paragraphe 8.**

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, counseling 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. Is there anything else that you wish the training center or exchange location medical staff to be aware of?  
 (Details on any positive response to a question in paragraph 4 are needed.)  
 Y a-t-il d'autre information que le personnel médical du centre d'instruction ou du lieu d'échange devrait savoir?  
 (Chaque réponse affirmative aux questions du paragraphe 4 requiert plus de détails.)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**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 responses 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 activities, you are encouraged to discuss these concerns with your family doctor and the cadet 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 cadet 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 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 cadets si vous avez des inquiétudes concernant l'aptitude de votre fils/fille/pupille à participer aux activités 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 cadets /de l'escadron, qui avisera l'état-major régional des cadets.

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

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.

1. J'atteste que les renseignements ci-dessous sont exactes 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**

**AUTORISATION**

2. I authorize \_\_\_\_\_  
(Name of family doctor)

2. J'autorise \_\_\_\_\_  
(Nom du médecin de famille)

\_\_\_\_\_  
(Address and telephone number)

\_\_\_\_\_  
(Adresse et numéro de téléphone)

to release to Canadian Forces medical personnel, medical information on any of the responses 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 treatment (setting a broken bone, treating a burn, removing foreign object 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...

3. Je consens à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille reçoive des soins médicaux bénins (soigner 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 la nourriture, piqûres d'insectes etc.

4. I authorize any doctor, medical clinic or center to forward to the Medical Clinic of the Cadet Summer Training Center (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.

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**

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

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

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

Fit for all cadet activities.  Yes  No  
Apte à participer à toutes les activités de cadets.  Oui  Non

Restrictions:  
Limitations:

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

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