



APPLICATION FOR MEMBERSHIP – DEMANDE D'ADMISSION

(IN THE CANADIAN CADET ORGANIZATIONS – DANS LES ORGANISATIONS DE CADETS DU CANADA)

I WISH TO APPLY FOR MEMBERSHIP AS A CADET IN: – JE DÉSIRE ÊTRE ADMIS À TITRE DE CADET DANS :

- THE ROYAL CANADIAN SEA CADETS
LES CADETS ROYAUX DE LA MARINE CANADIENNE
- THE ROYAL CANADIAN ARMY CADETS
LES CADETS ROYAUX DE L'ARMÉE CANADIENNE
- THE ROYAL CANADIAN AIR CADETS
LES CADETS DE L'AVIATION ROYALE DU CANADA

NO. AND NAME OF CORPS/SQUADRON
N° ET NOM DU CORPS/DE L'ESCADRON

**NOTE: THIS IS NOT A COMMITMENT FOR ENLISTMENT IN ANY COMPONENT OF THE CANADIAN FORCES
NOTA : LA PRÉSENTE NE CONSTITUE PAS UNE PROMESSE D'ENRÔLEMENT DANS QUELQUE ÉLÉMENT QUE CE SOIT DES FORCES CANADIENNES**

PART/PARTIE 1 - PERSONAL DATA – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| Surname – Nom (Please print – Lettres moulées s.v.p.) | | Given names – Prénoms | | Sex – Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| ADDRESS ADRESSE | Number and street Numéro et rue | City or town Ville ou village | Province / territory Province / territoire | Postal code Code postal | |
| Age – Âge | Birth date – Date de naissance D – J M – M Y – A | Religion | ARE YOU A CANADIAN CITIZEN OR A LANDED IMMIGRANT? ÉTES-VOUS CITOYEN(NE) CANADIEN(NE) OU AVEZ-VOUS UN STATUT D'IMMIGRANT RECONNU PAR L'ÉTAT? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non | | |
| EDUCATION ÉTUDES | Current grade – Année en cours | School attending – École fréquentée actuellement | | | |
| PREVIOUS CADET SERVICE SERVICE ANTÉRIEUR COMME CADET | Rank – Grade | Cadet corps – Corps de cadets | Date | Signature of applicant – Signature du candidat | |

PART/PARTIE 2 - MEDICAL INFORMATION (To be completed by the parent/guardian) – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À remplir par le parent ou tuteur)

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| <p>The following information is required to assist the Corps/Squadron instructor staff in determining the capabilities of the above-named applicant to participate in certain aspects of the training programme which includes strenuous physical activities, drill and marching on hard surfaces, swimming and other water sports, running, team sports and outdoor training for one or more nights in locations remote from medical facilities. The information will additionally be provided to adult supervisor staff as required to ensure the safety and well-being of the above-named applicant during participation in such activities.</p> | | <p>Les renseignements suivants sont demandés afin d'aider les instructeurs de cadets du corps ou de l'escadron à déterminer si le candidat peut participer à certaines activités du programme d'instruction. Ce programme comprend des activités physiques intenses, des exercices militaires et des marches sur surfaces dures, de la natation et autres sports aquatiques, des courses, des sports d'équipes et des exercices aventureux durant une ou plusieurs nuits dans des endroits éloignés de cliniques médicales. Les renseignements seront en plus fournis au personnel surveillant tels que requis pour assurer la sécurité et le bien-être du demandeur susmentionné pendant sa participation à telles activités du programme des cadets.</p> | |
| 1. Does the applicant have a medical condition or problem requiring access, within 20-30 minutes, to a specialist physician or general practitioner? | Yes Oui <input type="checkbox"/> | No Non <input type="checkbox"/> | 1. Le candidat a-t-il une condition ou un problème médical requérant accès à un médecin généraliste ou spécialiste en moins de 20 à 30 minutes? |
| 2. If a specialist physician is required, specify the type? | | | 2. Si un médecin spécialiste est requis, veuillez préciser la spécialité? |
| 3. Is the applicant being treated or managed by a physician for any of the following: | | | 3. Le candidat est-il soigné 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 or epilepsy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. troubles désordonnés, crises, convulsions ou 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. une maladie exigeant un régime alimentaire spécial? |
| i. serious allergies (to bee stings or other insects, or to drugs such as penicillin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. allergies graves (aux piqûres d'abeilles ou d'autres insectes, ou à des médicaments comme la pénicilline)? |
| j. any skin conditions that could restrict activities? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. conditions de la peau qui pourraient restreindre les activités? |
| k. any other medical conditions 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? |
| l. dental problems? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. problèmes dentaires? |

If you answered yes to any of the above questions, please give additional details in paragraph 6.

Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez donner des détails supplémentaires au paragraphe 6.

| | |
|----|--|
| 4. | Is the applicant on any prescribed medication (including allergy serum, i.e. anakit or epipen)? Le candidat prend-il présentement des médicaments prescrits par un médecin (incluant du sérum d'allergie, p. ex. "anakit" ou "epipen")? Please specify, listing the type and dosing strength/intervals – Veuillez préciser, indiquant le genre, la dose et les intervalles. |
| 5. | Is the applicant currently undergoing physiotherapy, counselling or therapy for any reason? Le candidat reçoit-il présentement de la physiothérapie, un service de conseil ou de la thérapie qu'importe la raison? Please identify/specify – Veuillez identifier/préciser. |
| 6. | Is there anything else that you wish the Corps/Squadron instructor staff to be aware of? (Details on any positive response to a question in paragraph 3 are needed.) Y a-t-il d'autres informations que les instructeurs de cadets du corps ou de l'escadron doivent savoir? (Veuillez donner plus de détails pour chaque réponse affirmative aux questions du paragraphe 3.) |

PART/PARTIE 3 - PARENTAL/GUARDIAN DECLARATION – DÉCLARATION DU PARENT/TUTEUR

| | |
|--|---|
| <p>1. I consent to my son/daughter/ward becoming a member of the cadet organization, and participating in prescribed cadet activities.</p> <p>2. I certify that I personally completed Part 2 "Medical Information" above and to the best of my knowledge the information is complete and accurate.</p> <p>3. I certify that my son/daughter/ward is healthy and in good physical condition with the exceptions previously noted.</p> <p>4. I consent to my son/daughter/ward receiving training as part of the Cadet Harassment and Abuse Prevention (CHAP) Programme.</p> <p>5. Authority is granted for my son/daughter/ward to travel on commercial or military aircraft, ships and vehicles as deemed necessary by the service.</p> <p>6. I accept responsibility for any article of clothing or equipment issued to my son/daughter/ward and will return them to the Department of National Defence when requested to do so.</p> <p>7. I hereby consent to have my son/daughter/ward receive emergency medical and dental treatment.</p> <p>8. I will notify the Corps/Squadron Commanding Officer of any major changes in my son's/daughter's/ward's medical status which may limit activities.</p> <p>9. I understand that the photographic image of my son/daughter/ward and information including: name, age and hometown may be used to publicly recognize cadet accomplishments and achievements while in the Cadet Program and to promote the Cadet Program through print or electronic media including radio, television, the internet, newspapers and magazines. This use is valid until one year after he/she is no longer a cadet unless rescinded in writing.</p> <p>10. 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 access to your son/daughter/ward by another party? If yes, provide additional information under separate cover.</p> | <p>1. Je consens à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille devienne membre d'une unité de cadets et participe aux activités de cadet prescrites.</p> <p>2. J'atteste que j'ai personnellement rempli la Partie 2 «Renseignements médicaux» précitée et qu'autant que je sache les renseignements sont exacts et complets.</p> <p>3. J'atteste que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille est en bonne santé et bonne condition physique sauf pour les exceptions énumérées précédemment.</p> <p>4. Je consens à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille reçoive de l'instruction sur le programme de Prévention du harcèlement et de l'abus des cadets (PHAC).</p> <p>5. 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.</p> <p>6. J'accepte la responsabilité de tout habillement ou matériel distribué à mon fils/ma fille/mon ou ma pupille et je m'engage à le retourner au Ministère de la Défense nationale sur demande.</p> <p>7. Je consens par la présente à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille reçoive des soins médicaux et dentaires d'urgence.</p> <p>8. Je signalerai au commandant du corps ou de l'escadron de cadets tout changement majeur dans la condition médicale de mon fils/ma fille/ mon ou ma pupille qui pourrait limiter ses activités.</p> <p>9. Je comprends que l'utilisation de toute image photographique incluant l'information tel que : nom, âge et localité de mon fils/ma fille/mon ou ma pupille pourront être diffusé pour reconnaître publiquement ses accomplissements et ses réalisations pendant sa participation dans le programme des cadets et pour promouvoir ce programme par l'entremise de texte ou les médias électroniques comprenant la radio, la télévision, l'internet, les journaux et les revues. Cette utilisation est valide jusqu'à un an après que lui ou elle ne sera plus un cadet sauf si demande d'annulation par écrit est faite.</p> <p>10. 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 restreint l'accès à votre fils/fille/pupille par une autre personne? Si oui, prière de fournir de plus amples détails par courrier séparé.</p> |
|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| Name of parent or guardian (Please print) Nom du parent ou du tuteur (Lettres moulées s.v.p.) | Address of parent or guardian Adresse du parent ou du tuteur | <input type="checkbox"/> Same address as in part 1; or <input type="checkbox"/> Même adresse identifiée à la partie 1; ou |
| Telephone no. – N° de téléphone Home – Domicile Business – Bureau | Signature (Parent/Guardian – Parent/Tuteur) | Relationship (parent / guardian) Lien de parenté (parent ou tuteur) |
| | | Date |

PART/PARTIE 4 - COMMANDING OFFICER'S CERTIFICATION – ATTESTATION DU COMMANDANT

| | | | | |
|---|--|---|-----------|------|
| <p>I HAVE EXAMINED THE BIRTH CERTIFICATE OR PROOF OF AGE AND INFORMATION CONTAINED IN THIS DOCUMENT AND HEREBY APPROVE THE MEMBERSHIP OF THE APPLICANT.</p> | <p>J'AI EXAMINÉ LE CERTIFICAT DE NAISSANCE OU PREUVE DE NAISSANCE AINSI QUE LE PRÉSENT FORMULAIRE ET J'APPROUVE PAR LA PRÉSENTE L'ADMISSION DU CANDIDAT.</p> | | | |
| <p>COMMANDING OFFICER COMMANDANT</p> | | Name (Print) – Nom (En lettres moulées) | Signature | Date |