

**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		
COURSES / EXCHANGES / EMPLOYMENT – COURS / ÉCHANGES / EMPLOIS		YEARS – ANNÉES	CSTC OR COUNTRY OF EXCHANGE – CIEC OU PAYS D'ÉCHANGE		
1.					
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).		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.		3. 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.	
4. Permission is granted to issue weekend and/or evening pass.		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? If yes, provide additional information under separate cover.		1. Je consens à ce que mon fils/ma fille/mon ou ma pupille participe à l'(aux) activité(s) de cadets demandée(s).	
		Yes Oui		No Non	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				4. Les permissions de fin de semaine et/ou de soirée sont autorisées.	
				5. 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.	
(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 n° de téléphone identifiés dans la section A ci-dessus; ou	
ADDRESS – ADRESSE		CITY – VILLE	PROVINCE	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	PROVINCE	POSTAL CODE POSTAL
PARENT/GUARDIAN Summer Address (if applicable) PARENT/TUTEUR Adresse durant l'été (s'il y a lieu)	ADDRESS – ADRESSE		CITY – VILLE	PROVINCE	TEL – TÉL. () POSTAL CODE POSTAL
ALTERNATE FAMILY/ADULT CONTACT (In case of emergency) POINT DE CONTACT SUPPLÉMENTAIRE FAMILLE/ADULTE (En cas d'urgence)	NAME – NOM			TEL – TÉL. ()	
	ADDRESS – ADRESSE		CITY – VILLE	PROVINCE	POSTAL CODE POSTAL

**PART 3 – COMMANDING OFFICER (Completed after
PART 2 – MEDICAL INFORMATION is filled in)**

**PARTIE 3 – COMMANDANT (À compléter après que la
PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX est remplie)**

<p>1. I have examined the cadet's proof of age and certify that the date of birth shown on this form is correct.</p> <p>2. I certify that this cadet meets all prerequisites for the cadet activity(ies) requested.</p> <p>3. I have reviewed Parts 1 and 2 of this form for proper completion.</p> <p>4. This cadet was not previously RTU for medical reasons. If yes, provide details below.</p> <p>5. I have interviewed this cadet and this application is:</p> <p style="text-align: center;">recommended <input type="checkbox"/> OR not recommended <input type="checkbox"/></p> <p>Reasons: Motifs :</p>	<p>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.</p> <p>2. J'atteste que ce cadet satisfait à toutes les conditions d'admissibilité de l'(des) activité(s) de cadets demandée(s).</p> <p>3. J'ai vérifié que les Parties 1 et 2 de ce formulaire sont dûment remplies.</p> <p>4. Le cadet n'a pas été RTU pour raisons médicales. Si oui, fournir de plus amples détails ci-dessous.</p> <p>5. Je me suis entretenu avec le cadet, et</p> <p style="text-align: center;">je recommande <input type="checkbox"/> OU je ne recommande <input type="checkbox"/> cette demande pas cette demande</p>	
CORPS/SQUADRON CONTACT OFFICER OFFICIER DE CONTACT DU CORPS/DE L'ESCADRON	Name (Print) – Nom (En lettres moulées)	Tel – Tél.
COMMANDING OFFICER COMMANDANT ▷	Name (Print) – Nom (En lettres moulées)	
	Signature	Date

PART 4 – REGIONAL CADET STAFF

PARTIE 4 – ÉTAT-MAJOR RÉGIONAL DES CADETS

<p>NOTE: Regional Staff Officers, prior to approving this application, must ensure that Part 2 - Medical Information, and Part 3 - Commanding Officer, have been completed and that the information provided on this form satisfies the prerequisites for the selected activity(ies).</p> <p>SELECTED FOR:</p> <p>LOCATION:</p>	<p>À NOTER : Avant d'approuver cette demande de participation, les officiers d'état-major régionaux doivent s'assurer que la Partie 2 - Renseignements médicaux et la Partie 3 - Commandant sont remplies et que les renseignements apparaissant dans le présent formulaire satisfont les conditions d'admission de l'(des) activité(s) choisie(s).</p> <p>CHOISI POUR :</p> <p>ENDROIT :</p>		
Date	Rank – Grade	Signature	Region – Région
		Name (Print) – Nom (En lettres moulées)	

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)

<p>Fit for all cadet activities. Apte à participer à toutes les activités de cadets.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Oui Non</p> <p>Restrictions: Limitations :</p>	<p style="text-align: center;">_____ (Signature)</p> <p style="text-align: center;">_____ (Date)</p>
---	--

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

	Yes Oui	No Non	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?

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 name 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. Is there anything else that you wish the training centre 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 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/le 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)

AUTORISATION

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

(Address and telephone number)

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

(Adresse et numéro de téléphone)

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.

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. 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.

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. Yes No
Apte à participer à toutes les activités de cadets. Oui Non

Restrictions:
Limitations :

(Signature) (Date)