

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	
TELEPHONE NO. N° DE TÉLÉPHONE	▷	Res. () Bus. ()	PROVINCIAL HEALTH INSURANCE NO. ▷	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). 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 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. 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. 5. Permission is granted to issue weekend and/or evening passes. If passes are authorized on a restricted basis, indicate below. 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.	Yes Oui	No Non	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. 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. 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. 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. 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. 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 <input type="checkbox"/>		
(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: 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. ()
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	ADDRESS – ADRESSE			TEL – TÉL. ()
	ADDRESS – ADRESSE	CITY – VILLE	PROVINCE	TEL – TÉL. ()	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 certify that this cadet has completed the Cadet Harassment and Abuse Prevention (CHAP) Program.</p> <p>6. I have interviewed this cadet and this application is:</p> <p>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 RAU pour raisons médicales. Si oui, fournir de plus amples détails ci-dessous.</p> <p>5. J'atteste que ce cadet a complété le programme de prévention du harcèlement et de l'abus des cadets (PHAC).</p> <p>6. Je me suis entretenu avec le cadet, et</p> <p>je recommande <input type="checkbox"/> OU je ne recommande pas cette demande <input type="checkbox"/></p>
--	--

CORPS/SQUADRON CONTACT OFFICER OFFICIER DE CONTACT DU CORPS/DE L'ESCADRON	Name (Print) – Nom (En lettres moulées)	E-mail – Courriel	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 satisfassent 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: right;"><input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Restrictions: Limitations :</p> <p style="text-align: right;">_____ (Signature) _____ (Date)</p>
--

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)

AUTORISATION

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

(Full Address and telephone number)

(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.

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.
Apte à participer à toutes les activités de cadets.

Yes
Oui

No
Non

Restrictions:
Limitations :

(Signature)

(Date)