

SOLDIER ON / SANS LIMITES
Nomination and Approval Form /
Formulaire de nomination et de consentement



*PROTECTED "A" PERSONAL INFORMATION WHEN COMPLETE /
 LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SONT PROTÉGÉS « A » LORSQUE LE FORMULAIRE EST REMPLI*

Activity/ Activité: Soldier On Ontario Fishing Weekend 27-29 Sep 2019

A. Approval and Clearance to Participate / Approbation et autorisation pour la participation

A1. Personal information of applicant / Renseignements personnels du récipient admissible :

(All fields are mandatory – retired pers are to indicate their rank on release)

Full Name (as shown on government ID or passport):			
Street Address / Adresse municipale :			
City / Ville :	Province :	Postal Code / Code postal :	Telephone (preferred) / Téléphone (préféré) :
Language (preferred) / Langue (préféré) : <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français	Date of Birth / Date de naissance :	E-Mail (preferred) / Courriel (préféré) :	
Please select / Cocher case: <input type="checkbox"/> Serving / En service <input type="checkbox"/> Retired / Retraité	Rank / Grade: Unit / Unité:	Service/Client No / N° matricule/client :	VAC Client No / N° client ACC:
Environment (select one) / Armée (cocher une case) : Army / Armée de terre <input type="checkbox"/> Air Force / Force aérienne <input type="checkbox"/> Navy / Marine <input type="checkbox"/>			T-Shirt Size/Grandeur :
I would like to receive information, updates and other relevant information about Soldier On. / J'aimerais recevoir les nouvelles et informations du programme Sans limites.			<input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non

A2. Additional Information / Renseignements additionnelles

The following information is voluntary and will be used to ensure member's safety and promote a positive experience (e.g. provide accessible transportation, accessible lodging and ensure proper tempo of schedule). Les informations suivantes sont volontaires et seront utilisées pour assurer la sécurité du membre et de promouvoir une expérience positive. (Ex. le transport, logement accessible et assurez une harmonie du calendrier).		
(1) There has been no change to my medical employment limitations in the past year / Il n'y a eu aucun changement à mes limitations d'emploi médicales durant l'année passée.	<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> No/Non
(2) I consent to my medical employment limitations (MELs) being released to Soldier On / Je consens à mes restrictions d'emploi médicales (REM) étant libéré à Sans limites.	<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> No/Non
(3) I consent to Soldier On contacting my Medical Officer for relevant medical information / Je consens à Sans limites d'être en contact avec mon médecin militaire pour de l'information médicales pertinentes.	<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> No/Non
(4) Your injury includes / Votre blessure inclut : <input type="checkbox"/> Visible injuries/Blessures visible (ex. amputée/amputé, musculoskeletal/musculosquelettique) <input type="checkbox"/> Non-visible injuries/Blessures non-visible (ex. OSI/BSO, TBI/TCC)		

A3. Emergency Contact / Personne à contacter en cas d'urgence

Full Name (as shown on government ID or passport):			
Street Address / Adresse municipale :			
City / Ville :	Province :	Telephone (preferred) / Téléphone (préféré) :	Telephone (secondary) / Téléphone (secondaire) :
Language (preferred) / Langue (préféré) : <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français		E-Mail (preferred) / Courriel (préféré) :	

Activity/ Activité : **Soldier On Ontario Fishing Weekend 27-29 Sep 2019**

Physical and mental activity requirements / Exigences d'activité physique et mentale

- a. This event is open to participants residing in the following location(s) / Cet événement est ouvert aux participants résidant aux endroits suivants : ONTARIO
- b. Participants must be fit and prepared for 8 x hours of light to moderate activity. Training will occur IAW MELs and be fully flexible in nature. / Les participants doivent être en forme et préparés pour 8 x heures d'activité légère à modérée. La formation se déroulera conformément aux MEL et sera entièrement flexible.
- c. Participants must be able to actively participate in their indicated activity. Participants will be joined with other ill/injured members and civilians, and therefore should be able to function in a social environment. Participants also acknowledge that there will be no alcohol allowed in the accommodations, and may be required to share accommodations. / Les participants doivent être en mesure de participer activement aux activités. Tous doivent être confortables d'interagir dans un groupe. Aucune consommation d'alcool ne sera tolérée dans les chambres des participants. Il est possible que les chambres soient partagées (2 personnes/chambre).

I, _____ (print name) hereby acknowledge having read the physical and mental requirements for the activity and by submitting this application shall attend and fully participate in the event. I understand that withdrawals will only be for medical and compassionate reasons only and must be submitted to Soldier On (via the chain of command as applicable) prior to the event. I acknowledge that I may be liable for any expenditure incurred by Soldier On for withdrawals for any other reason.

Je, _____ (nom) reconnais qu'en soumettant la demande que je comprends les exigences d'activité physiques et mentale et que je vais assister à l'événement. Avant l'événement, le retrait pour raison médicale et compassion seulement sera étudié par Sans Limites (la chaîne de commandement si applicable). Je reconnais que je pourrais être tenu responsable des dépenses engagées par Sans Limites pour un retrait sans raison valable.

Participant signature/ Signature du participant

Date

Activity/ Activité: Soldier On Ontario Fishing Weekend 27-29 Sep 2019

The below signatories hereby acknowledge the physical and mental requirements for the activity and give approval for the nominee to participate. / Les signataires ci-dessous reconnaissent les exigences physiques et mentales pour l'activité et approuve le candidat à participer.

PRINT NAME / NOM EN LETTRES MOULÉES	SIGNATURE & DATE / SIGNATURE ET DATE
<p>FOR MEMBERS OF CAF TU / POUR MEMBRES AU SERVICE DE FAC UT (Where applicable) / (le cas échéant)</p> <p>RECOMMENDATION from Support Platoon Supervisor (SPS) / superviseurs de peloton de soutien (SPS)</p>	<p>Restrictions/Recommendation:</p> <p>Signature: Date: Print Name / Bloque signature:</p>
<p>MEDICAL AUTHORIZATION (required for ALL participants serving or retired) / AUTORISATION MÉDICALE (obligatoire pour TOUS les participants actifs ou retraités).</p> <p>SERVING MEMBERS: Medical Officer: to review physical and mental activity requirements, confirm event is within limitations of participant. MEMBRES AU SERVICE: Médecin: pour examiner les exigences en matière d'activité physique et mentale, confirmer que l'événement est dans les limites du participant.</p> <p>Did member provide consent to release MELs to Soldier On (Para A2) / Le member a-il consenti de libérer a Sans limites les restrictions d'emploi médicales (REM)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</p> <p>NOTE: CFHS electronic chit shall be attached / SSFC chit électronique peut être attaché.</p> <p>RETIRED MEMBERS: Civilian medical professional: to review physical and mental activity requirements, confirm event is within limitations of participant. / MEMBRES RETRAITÉS : Professionnel de la santé civil: pour examiner les exigences en matière d'activité physique et mentale, confirmez que l'événement se situe dans les limites du participant.</p>	<p>I recommend / Je recommande <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</p> <p>Comments / Commentaires:</p> <p>Signature:</p> <p>Date:</p> <p>Print Full Name / Bloque signature:</p>
<p>APPROVAL from Military Chain of Command / Chaîne de commandement militaire responsable de l'approbation : (Retired Members exempt) / (Membres retraités exemptés)</p> <p>NOTE : For all personnel posted to an CAF TC, the Regional CAF TC CO is the signing authority / Pour tous les militaires affectés à un UT FAC, l'Officier commandant de la région est l'autorité de signature.</p>	<p>I approve / J'approuve <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</p> <p>Comments / Commentaires:</p> <p>Signature: Date: Print Name / Bloque signature:</p>

The Event OPI is the primary point of contact for all initial queries for this event. Submit Nomination Form to:

Event OPI: WO A.C. Beswick, Antony.Beswick@forces.gc.ca

L'OPI d'événement est le point de contact principal pour toutes les requêtes initiales pour cet événement. Soumettre le formulaire de candidature à:

BPR de l'événement: Adj A.C. Beswick, Antony.Beswick@forces.gc.ca