**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*

The Event OPI is the primary point of contact for all initial queries for this event. Submit Nomination Form to : / Le BPR d'événement est le point de contact principal pour toutes les requêtes initiales pour cet événement. Soumettre le formulaire de candidature à:

Event OPI/BPR de l'événement : Sgt. Jamie MacIntyre, James.MacIntyre3@forces.gc.ca

This event is open to participants residing in the following location(s) / Cet événement est ouvert aux participants résidant aux endroits suivants :

Across Canada / de partout au Canada

**1.** **Personal information of applicant / Renseignements personnels de l’applicant**:

(All fields mandatory – retired personnel 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 (préférée) : [ ]  English [ ]  Français | Date of Birth / Date de naissance :      | E-Mail (preferred) / Courriel (préféré) :      |
| Please select / Choisir : [ ]  Serving / En service [ ]  Retired / Retraité  | Rank / Grade:      Unit / Unité:       | Service/Client No / No matricule/client :      | VAC Client No / No client ACC:      |
| Environment (select one) / Armée (cocher une case) : Army / Armée de terre [ ]  Air Force / Force aérienne [ ]  Navy / Marine [ ]   |
| Are you registered with Soldier On? / Êtes-vous inscrit avec Sans limites? [ ]  Yes/Oui [ ]  No/Non |
| I would like to receive information, updates and other relevant information about Soldier On. / J’aimerais recevoir des nouvelles et informations au sujet du programme Sans limites.  | [ ]  Yes/Oui [ ]  No/Non |

**2. 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. Do you require any additional support (i.e. caregiver, accessible aids/equipment, and/or service animal)? If so, please specify (caregivers and service animals will require medical endorsement). /

Avez-vous besoin de soutien supplémentaire (ex : fournisseur de soin, aides/équipement adapté et/ou animal d’assistance)? Si oui, veuillez préciser (les fournisseurs de soin et les animaux de services nécessiteront une attestation médicale).      | [ ]  Yes/Oui | [ ]  No/Non |
| 1. **Serving Member ONLY:** I consent to my medical employment limitations (MELs) being released to Soldier On / **Membre en service SEULEMENT:** Je consens à ce que mes restrictions d’emploi médicales (REM) soit partagé avec Sans limites.
 | [ ]  Yes/Oui | [ ]  No/Non |

**3. Acknowledgment, Waiver and Approval / Reconnaissance, renonciation et approbation**

1. Mental & Physical Requirements

Training will occur IAW MELs and be fully adaptive in nature.  Participants must be able to do 5-7 hours of moderate to high paced activity a day. Due to a busy activity schedule, applicants must have a limited requirement for rest throughout the day. 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 will be required to share accommodations.

Demandes physiques et mentales

La formation se déroulera conformément à vos restrictions d’emploi médicales (REM) et pourra être adaptée selon vos besoins. Les participants doivent être en mesure de soutenir 5 à 7 heures d’activité modéré à intense par jour sans beaucoup de repos. Les participants doivent être confortables d’intéragir dans un groupe avec d’autres membres malades/blessés et civils. Aucune consommation d’alcool ne sera tolérée dans les logements et les chambres seront partagées.

1. Code of Conduct

Soldier On is committed to providing an environment in which all individuals are treated with respect. The participant will observe and comply with all reasonable directions given or requests made by Canadian Armed Forces Transition Group, PSP/Soldier On staff, and service delivery partners/supporters. All participants are expected to be aware, understand, and adhere to the standards expected by the CAF, specifically:

* 1. Demonstrate through words and actions the spirit of sportsmanship, sports leadership and ethical conduct;
	2. Treat all persons with respect and without discrimination;
	3. Understand and refrain from [Operation HONOUR](https://www.canada.ca/en/department-national-defence/services/benefits-military/conflict-misconduct/operation-honour/orders-policies-directives.html) activity or violations;
	4. Adhere to CAF Cannabis Policy, [DAOD 9004-1](https://www.canada.ca/en/department-national-defence/corporate/policies-standards/defence-administrative-orders-directives/9000-series/9004/9004-1-use-cannabis-caf-members.html) and applicable laws:
	5. Consume alcohol responsibly; and
	6. Comply at all times with all applicable laws.

Code de conduit

Le GT FAC et le programme Sans limites se sont engagés à fournir un environnement où chacun est traité avec respect. Le participant doit observer toutes les directives raisonnables ou les demandes formulées par le GT FAC, le programme Sans limites et du partenaire de prestation de services de sport. Tous les participants doivent connaître, comprendre et observer les normes attendues par les FAC, notamment :

* 1. incarner, à travers ses paroles et gestes, l’esprit sportif, le leadership sportif et la conduite éthique;
	2. traiter toutes les personnes avec respect, sans discrimination;
	3. comprendre les comportements et gestes encadrés par l’[Opération HONOUR](https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/avantages-militaires/conflits-inconduite/operation-honour/ordonnances-politiques-directives.html) et s’abstenir de commettre des violations au terme de celle-ci;
	4. respecter la politique des FAC sur le cannabis ([DOAD 9004-1](https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/organisation/politiques-normes/directives-ordonnances-administratives-defense/serie-9000/9004/9004-1-usage-du-cannabis-par-les-militaires.html)) et les lois applicables;
	5. consommer de l’alcool de manière responsable;
	6. respecter en tout temps l’ensemble des lois applicables.
1. **RETIRED MEMBERS ONLY / MEMBRES RETIRÉS SEULEMENT (En traduction. Sera disponible sous peu)**

|  |
| --- |
| *lndemnification and Hold Harmless*: ln consideration of my participation in and/or attendance at this activity or event, l, on behalf of myself, personal representatives, heirs, spouse, children or assigns, do hereby indemnify, waive, release and forever discharge Her Majesty the Queen in Right of Canada, Her officers, servants, agents, employees and members of Her Canadian Forces, Staff of the Non-Public Funds and the Canadian Forces Morale and Welfare Services, its officers, servants, agents and employees, from and against all claims and demands, loss, costs, damages, actions, causes of action, suits or other proceedings by whomsoever made, brought, or prosecuted in a manner, related to any loss, property damage, personal injury or death, resulting from, occasioned by or attributable in any way to my acts or omissions resulting from my participation in or attendance at this activity/event. *Acknowledgment and Understanding*: I acknowledge having read this assumption of risks, waiver of liability and indemnity agreement, including the description of the inherent risks associated with the activity or event as listed in the Call for Nomination document and mental and physical requirements listed in this document and understand that this Agreement is intended to be broad and all-inclusive so as to preclude any claims and that I have the legal capacity to sign.      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Participant signature/ Signature du participant Date |

1. **SERVING MEMBERS ONLY - MEDICAL AUTHORIZATION – IF THE CoC REQUIRES MEDICAL RECOMMENDATION / MEMBRES EN SERVICE SEULEMENT – AUTORISATION MÉDICAL – SI LE CdC EXIGE UNE RECOMMENDATION MÉDICALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **If CoC requires medical recommendation.** Medical Officer to review physical and mental activity requirements, confirm event is within limitations of participant.**Si le CdC exige une recommandation médicale.**Médecin: examiner les exigences en matière d'activité physique et mentale. Confirmer que l'événement est dans les limites du participant.Did member provide consent to release MELs to Soldier On (Para 2b)? / Le member a-il consenti de libérer les restrictions d’emploi médicales (REM) à Sans limites (Para 2b)?[ ]  Yes/Oui | [ ]  No/Non **NOTE:** CFHS electronic chit shall be attached / SSFC chit électronique peut être attaché.  | **I recommend / Je recommande** [ ]  Yes/Oui | [ ]  No/Non **Comments / Commentaires:**     **Signature:****Date:**      **Print Full Name / Bloque signature:** |

1. **SERVING MEMBERS ONLY / MEMBRES EN SERVICE SEULEMENT**

|  |
| --- |
| 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** |
| **APPROVAL from Military Chain of Command / Chaîne de commandement militaire responsable de l’approbation :***(Retired Members exempt) / (Membres retraités exemptés)***NOTE :** For all personnel posted to a CAF TC, the CAF TU CO (or his/her delegate) is the signing authority / Pour tous les militaires affectés à un UT FAC, le commandant de la région est l'autorité de signature. | **I approve / J’approve** [ ]  Yes/Oui | [ ]  No/Non **Comments / Commentaires:**     **Signature:****Date:****Print Name / Bloque signature:** |

1. I,       (print name) hereby acknowledge having read the physical and mental requirements as stated in the Call for Nomination, and agree to the terms 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 ofcommand 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 comme indiqués dans l’appel de candidatures et que je vais assister à l’événement. Je comprends qu’un retrait aura lieu uniquement pour des raisons médicales et de compassion et doivent être soumis à Sans Limites (par la chaîne de commandement, le cas échéant). 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