



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 : Eric Venema/Warrant Officer/eric.venema@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 :

Edmonton Geographical Area

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 / N° matricule/client :	VAC Client No / N° 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).

a. 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
b. 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

a. Mental & Physical Requirements

Training will occur IAW MELs and be fully adaptive in nature. Participants must be able to tolerate 4-6 hours of moderate to high paced activities for 01 hours in a row. Due to the 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.

Demands physiques et mentales

Les participants doivent être en mesure de tolérer x06 heures d'activité (modérée) pendant 01 heures de suite. En raison du calendrier d'activité chargé, les candidats doit être en mesure de tolérer le rythme de l'activité sans beaucoup de repos. Les candidats doivent être en mesure d'interagir et de fonctionner dans un environnement social avec d'autres membres malades et blessés, ainsi que des membres civils.

b. 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](#) activity or violations;
- (4) Adhere to CAF Cannabis Policy, [DAOD 9004-1](#) 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](#) et s'abstenir de commettre des violations au terme de celle-ci;
- (4) respecter la politique des FAC sur le cannabis ([DOAD 9004-1](#)) et les lois applicables;
- (5) consommer de l'alcool de manière responsable;
- (6) respecter en tout temps l'ensemble des lois applicables.

c. RETIRED MEMBERS ONLY / MEMBRES RETIRÉS SEULEMENT

Indemnification and Hold Harmless:

In consideration of my participation in and/or attendance at this activity or event, I, 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 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.

Indemnisation et exonération de responsabilité :

Relativement à ma participation ou présence à l'activité ou à l'événement, en mon nom et au nom de mon conjoint et de mes représentants successoraux, héritiers, enfants et ayants droit, je dégage, décharge et libère à jamais Sa Majesté du chef du Canada, ses représentants, préposés, mandataires et employés, les membres des Forces canadiennes, le personnel des Fonds non publics et les Services de bien-être et moral des Forces canadiennes et ses représentants, préposés, mandataires et employés, à l'égard des frais, dommages et pertes et à l'égard de toute demande, réclamation, action en justice, cause d'action, poursuite et autre instance intentée par qui que ce soit à raison d'une perte, d'un préjudice matériel ou corporel ou d'un décès résultant



d'actes ou d'omissions de ma part, occasionné par ceux-ci ou attribuable de quelque façon à ceux-ci à l'occasion de ma participation ou de ma présence à cette activité ou à cet événement.

Reconnaissance et compréhension :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire d'exonération de responsabilité, d'acceptation des risques et d'accord d'indemnisation, y compris la description des risques inhérents à l'activité ou à l'événement, comme il est indiqué dans le document d'appel et je comprends qu'il est de portée très large et vise à inclure toutes les éventualités de manière à empêcher toute réclamation. Je déclare avoir la capacité de signer.

Participant signature/ Signature du participant

Date

d. SERVING MEMBERS ONLY - MEDICAL AUTHORIZATION – IF THE CoC REQUIRES MEDICAL RECOMMENDATION / MEMBRES EN SERVICE SEULEMENT – AUTORISATION MÉDICALE – SI LE CdC EXIGE UNE RECOMMANDATION 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-t-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:

****ALL APPLICANTS (serving & veterans): If you are chosen to attend a Soldier On activity/event you may be required to submit a medical authorization from your doctor.**

****TOUS CANDIDATS (en service & vétérans): Si vous êtes choisi comme participant à un événement/activité de Sans Limites, il est possible que nous vous demandions pour une autorisation médicale de votre médecin.**

e. **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 : <i>(Retired Members exempt) / (Membres retraités exemptés)</i>	I approve / J'approuve ☐ Yes/Oui ☐ No/Non Comments / Commentaires:
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.	Signature: Date: Print Name / Bloque signature:

f. I, _____ (print name) hereby acknowledge having read the physical and mental requirements and the code of conduct as stated above, and agree to the terms for the activity and by submitting this application shall attend and fully participate in the event. I also acknowledge that a medical authorization may be requested should I be selected as a participant to this Soldier On event/activity. 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 je comprends les exigences d'activité physiques et mentales ainsi que le code de conduite comme indiqués ci-haut et que je vais assister à l'événement. Je reconnais qu'une autorisation médicale peut être demandé si je suis sélectionné comme participant/e à cet événement/activité de Sans Limites. Je comprends qu'un retrait sera 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