

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: QC OBSTACLE CHALLENGE 4-6 SEPTEMBER 2018 / DÉFI DE PARCOURS D'OBSTACLES ET DE LA RANDONNÉE VALCARTIER QC 4-6 SEPTEMBRE 2018

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

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

(All fields 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) : ☐ English ☐ Français	Date of Birth / Date de naissance :	E-Mail (preferred) / Courriel (préféré) :	
Please select / Cocher case: ☐ 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 ☐		Please indicate shirt size :	
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.			☐ Yes/Oui ☐ 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.	☐ Yes/Oui	☐ 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.	☐ Yes/Oui	☐ 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.	☐ Yes/Oui	☐ No/Non
(4) Your injury includes / Votre blessure inclut : ☐ Visible injuries/Blessures visible (ex. amputée/amputé, musculoskeletal/musculosquelettique) ☐ Non-visible injuries/Blessures non-visible (ex. OSI/BSO, TBI/TCC)		

Activity/Activité: QC OBSTACLE CHALLENGE 4-6 SEPTEMBER 2018 / DÉFI DE PARCOURS D'OBSTACLES ET DE LA RANDONNÉE VALCARTIER QC 4-6 SEPTEMBRE 2018

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 :
- QUEBEC / QUÉBEC
-
- b. Training will occur IAW MELs and be fully adaptive in nature. Due to busy activity schedule, applicants must have a limited requirement for rest throughout the day. / La compétition se déroulera conformément aux MEL et sera entièrement adaptative par nature. En raison du calendrier chargé, les candidats doivent avoir une exigence limitée pour se reposer tout au long de la journée.
- c. Participants will be joined with other ill/injured members and civilians, and therefore should be able to function in a social environment. Participants are advised that meals and accommodations for this event may be located at Canadian Armed Forces bases/facilities, and thus they may be exposed to a day-to-day military environment. Participants also acknowledge that there will be no alcohol allowed in the accommodations, and may be required to share accommodations. / Les participants seront rejoints par d'autres membres malades ou blessés et des civils, et devra être en mesure de fonctionner dans un environnement social. Les participants seront avisés que les repas et l'hébergement pour cet événement peuvent être situés dans les bases/ installations des Forces armées canadiennes et qu'ils peuvent donc être exposés à un environnement militaire quotidien. Les participants reconnaissent également qu'il n'y aura pas d'alcool autorisé dans les logements, et peuvent être tenus de partager l'hébergement.
- d. Participants will be required to wear any issued clothing. / Les participants devront porter des vêtements.

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 médical 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

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
RECOMMENDATION from PI Comd / Commandant de peloton (Where applicable) / (le cas échéant)	Restrictions/Recommendation: Signature: Date: Print Name / Bloque signature:
RECOMMENDATION from Medical Officer (serving), Civilian Physician (retired): 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) ☐ 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 Name / Bloque signature:
APPROVAL from Military Chain of Command / Chaîne de commandement militaire responsable de l'approbation : (Retirees exempt) / (retraités exempts) NOTE : For all personnel posted to an IPSC/JPSU, the Regional JPSU OC is the signing authority / Pour tous les militaires affectés à un CISP / UISP, l'Officier commandant de la région est l'autorité de signature.	I approve / J'approuve ☐ Yes/Oui ☐ No/Non Comments / Commentaires: Signature: Date: Print Name / Bloque signature:

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

Event OPI : WO M. Nadeau, marcel.nadeau2@forces.gc.ca

Le BPR 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 M. Nadeau, marcel.nadeau2@forces.gc.ca