

**Application for Membership
in the Canadian
Sea, Army or Air Cadets**

**Demande d'admission
dans les Cadets de la Marine,
de l'Armée ou de l'Air du Canada**

Section 1: Application for membership		Section 1: Demande d'admission	
<input type="checkbox"/> Royal Canadian Sea Cadets Cadets royaux de la marine canadienne	<input type="checkbox"/> Royal Canadian Army Cadets Cadets royaux de l'armée canadienne	<input type="checkbox"/> Royal Canadian Air Cadets Cadets de l'aviation royale du Canada	
Cadet Corps or Squadron name or number: Nom ou numéro du corps ou de l'escadron de cadets :			
Section 2: Cadet experience		Section 2: Expérience dans les cadets	
Is the applicant currently a member of a cadet corps or squadron? Si oui, précisez le nom ou numéro du corps ou de l'escadron de cadets :		Le demandeur fait-il actuellement partie d'un corps ou escadron de cadets?	
Yes - Oui <input type="checkbox"/> No - Non <input type="checkbox"/>			
Has the applicant ever been part of a cadet corps or squadron? Si oui, précisez le nom ou numéro du corps ou de l'escadron de cadets :		Le demandeur a-t-il déjà fait partie d'un corps ou escadron de cadets?	
Yes - Oui <input type="checkbox"/> No - Non <input type="checkbox"/>			
Section 3: Personal information		Section 3: Renseignements personnels	
Official surname - Nom de famille officiel		Given name(s) (No nickname) - Prénom(s) (Aucun surnom)	
		Gender <input type="checkbox"/> Male - Masculin Sexe <input type="checkbox"/> Female - Féminin	
Preferred official language - Langue officielle de choix <input type="checkbox"/> English - Anglais <input type="checkbox"/> French - Français		Birth date (yyyy-mm-dd) - Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Why do you want to join Cadets? (one reason only) - Pourquoi voulez-vous vous joindre aux Cadets? (une seule raison)			
<input type="checkbox"/> Training, activities, adventure Cours, activités, aventures <input type="checkbox"/> Curiosity Par curiosité <input type="checkbox"/> Suggested by friends, relatives Suggestion d'amis, de la parenté <input type="checkbox"/> Imposed Imposée			
<input type="checkbox"/> Military-like structure and environment Structure et environnement de type militaire <input type="checkbox"/> Other reason (specify) Autre raison (préciser) _____			
Civic address (no and street name) - Adresse municipale (n° et nom de rue)			
City or town - Ville ou village		Province / Territory - Province / Territoire	Postal code - Code postal
Telephone (main) - Téléphone (principal)	Telephone (other) - Téléphone (autre)	Email - Courriel	
Mailing address - Adresse postale		Address - Adresse	
<input type="checkbox"/> Same as my civic address. If not, specify <input type="checkbox"/> Correspond à mon adresse municipale. Si non, préciser		City or town Ville ou village	Province / Territory Province / Territoire
		Postal code Code postal	
Section 4: Health insurance plan		Section 4: Régime d'assurance maladie	
Plan - Régime <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Private - Privé	Provider - Fournisseur	No - N°	Expiry date (yyyy-mm-dd) Date d'expiration (aaaa-mm-jj)
Section 5: Limitations, obligations and conditions		Section 5: Restrictions, obligations et conditions	
Has a judge ordered the applicant not to handle certain objects, not be near certain individuals, imposed a curfew, etc.?		Un juge a-t-il interdit au demandeur de manipuler certains objets, d'être près de certaines personnes, a-t-il imposé un couvre-feu, etc.?	
Yes - Oui <input type="checkbox"/> No - Non <input type="checkbox"/>			
Section 6: Parents information		Section 6: Renseignements sur les parents	
Parent 1			
Surname - Nom de famille	Given name(s) - Prénom(s)	Relationship with applicant - Lien avec le demandeur	
		<input type="checkbox"/> Father - Père <input type="checkbox"/> Mother - Mère <input type="checkbox"/> Guardian - Tuteur	
Civic address - Adresse municipale		No and street name - N° et nom de rue	
<input type="checkbox"/> Same as the applicant's civic address. If not, specify <input type="checkbox"/> Correspond à l'adresse municipale du demandeur. Si non, préciser		City or town Ville ou village	Province / Territory Province / Territoire
		Postal code Code postal	
Telephone (day) - Téléphone (le jour)	Telephone (evening) - Téléphone (en soirée)	Telephone (other) - Téléphone (autre)	
Email: Courriel :		Access rights to the applicant Droits d'accès au demandeur	<input type="checkbox"/> Unlimited Illimités <input type="checkbox"/> Limited Limités
Parent 2			
Surname - Nom de famille	Given name(s) - Prénom(s)	Relationship with applicant - Lien avec le demandeur	
		<input type="checkbox"/> Father - Père <input type="checkbox"/> Mother - Mère <input type="checkbox"/> Guardian - Tuteur	
Civic address - Adresse municipale		No and street name - N° et nom de rue	
<input type="checkbox"/> Same as the applicant's civic address. If not, specify <input type="checkbox"/> Correspond à l'adresse municipale du demandeur. Si non, préciser		City or Town Ville ou village	Province / Territory Province / Territoire
		Postal code Code Postal	
Telephone (day) - Téléphone (le jour)	Telephone (evening) - Téléphone (en soirée)	Telephone (other) - Téléphone (autre)	
Email: Courriel :		Access rights to the applicant Droits d'accès au demandeur	<input type="checkbox"/> Unlimited Illimités <input type="checkbox"/> Limited Limités

Section 7: Health information		Section 7 : Renseignements sur la santé	
	Yes - Oui	No - Non	
1. Does the applicant have any food allergies (not including religious or personal preferences)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Le demandeur a-t-il des allergies alimentaires (excluant des préférences religieuses ou personnelles)?
2. Does the applicant have a condition which may require special care during extended activities (e.g. frequent nightmares, night sweats, bed-wetting, sleep-walking)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Le demandeur a-t-il une condition pouvant requérir des soins particuliers lors d'activités de longue durée (p. ex. cauchemars fréquents, sueurs nocturnes, incontinence, somnambulisme)?
3. Does the applicant take any medication on a regular basis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Le demandeur prend-il des médicaments régulièrement?
4. Does the applicant have any allergies that require him/her to carry medication (e.g. Epi-Pen) on their person at all times in the event of a life-threatening medical crisis (e.g. anaphylaxis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Le demandeur est-il atteint d'allergies qui le forcent à avoir en sa possession en tout temps un médicament (p. ex. Epi-Pen) en cas de crise médicale mettant sa vie en danger (p. ex. anaphylaxie)?
5. Does the applicant have any type of medical, psychological or physical condition, including learning disability or attention deficit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Le demandeur a-t-il un quelconque trouble médical ou psychologique ou affection physique, y compris des difficultés d'apprentissage ou un déficit d'attention?
If you answered "Yes" to Question 5, answer questions 6.a. to 6.j.		Si vous avez répondu «oui» à la question 5, répondez aux questions 6.a. à 6.j.	
6. Would the applicant's health or safety, or that of others around him/her, be at risk if he/she participated in training or activities conducted under the following conditions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Y a-t-il un risque à la santé ou à la sécurité du demandeur, ou à celles des autres autour de lui, s'il participe à des cours ou activités ayant lieu dans les conditions suivantes?
a. On-water (e.g. sailing)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Sur l'eau (p. ex. la voile)?
b. Aquatic (e.g. swimming)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dans l'eau (p. ex. la natation)?
c. Underwater (e.g. scuba diving)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Sous l'eau (p. ex. la plongée sous-marine)?
d. Outdoor (e.g. hiking and camping)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. En plein air (p. ex. la randonnée et le camping)?
e. Travel by plane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Voyages en avion?
f. Physically demanding activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Activités physiques exigeantes?
g. Firing a rifle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Tirer à la carabine?
h. Conducted in high altitudes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. En haute altitude?
i. Contact sports (e.g. soccer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Des sports de contact (p. ex. le soccer)?
j. Conducted high above ground?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. En hauteur?
Section 8: Applicant agreement		Section 8 : Engagement du demandeur	
I, the undersigned, hereby submit my application to join the Sea, Army or Air Cadets, whichever applies, and agree to meet participation expectations described on page 2 under the heading "Membership conditions".		Je, le soussigné, soumet ma demande d'admission aux Cadets de la marine, de l'armée ou de l'air, selon le cas, et m'engage à rencontrer les attentes liées à la participation décrites à la page 2 à la rubrique « Condition d'adhésion ».	
Applicant's signature - Signature du demandeur		Date (yyaa-mm-dj)	
Section 9: Parents consent		Section 9 : Consentement des parents	
I, the undersigned: • hereby consent: • to the applicant becoming a Sea, Army or Air Cadet, whichever applies and participating in training and activities conducted in the cadet corps/squadron's region, • to the applicant receiving emergency medical and dental treatment, • to medical professionals disclosing to Canadian Forces medical personnel findings, test results and treatment related to the applicant resulting from said emergency care; • hereby certify that: • the applicant is physically, medically and psychologically fit to join Cadets and participate in related training and activities, except where noted in Section 7, • the information on this form is complete, accurate and valid to the best of my knowledge; • hereby acknowledge that: • the Canadian Forces will collect, use and disclose personal information related to the applicant as stated on page 2 under the heading "Collection, Use and disclosure of Personal Information" • Cadet training and activities include strenuous physical activities, • as the applicant's parents, hereby agree to fulfill our responsibilities as described on page 2 under the heading "Parents Responsibilities".		Je, le soussigné : • consent par la présente : • à ce que le demandeur devienne un cadet de la Marine, de l'Armée ou de l'Air, selon le cas, et participe aux cours et activités se déroulant dans la région du corps ou de l'escadron de cadets, • à ce que le demandeur reçoive des soins médicaux et dentaires d'urgence, • à ce que les professionnels de la santé divulguent au personnel médical des Forces canadiennes tout diagnostique, résultat de tests et traitement ayant trait au demandeur découlant desdits soins d'urgence; • atteste par la présente que : • le demandeur est apte d'un point de vue physique, médical et psychologique à se joindre aux Cadets et participer aux cours et activités relatifs, sauf indications contraires inscrites à la Section 7, • les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont complets, exacts et valides au meilleur de ma connaissance; • reconnaît par la présente que : • les Forces canadiennes collecteront, utiliseront et divulgueront des renseignements personnels ayant trait au demandeur, comme on l'énonce à la page 2 à la rubrique « Collecte, utilisation et divulgation de renseignements personnels », • que les cours et activités des Cadets comprennent des activités physiques intenses, • accepte par la présente, en tant que parents du demandeur, nos responsabilités telles qu'on les décrit à la page 2 à la rubrique « Responsabilités des parents ».	
If you answered "Yes" to Question 1 in Section 7 above, please answer the following question.		Si vous avez répondu «oui» à la question 1 de la section 7 ci-dessus, prière de répondre à la question suivante.	
Do you consent to your child participating in training and activities during which he/she will have a meal under the conditions described on page 2 under the heading "Cadets and Food Allergies"?	Yes - Oui	No - Non	Consentez-vous à ce que votre enfant participe aux cours et activités au cours desquels il prendra un repas dans les conditions décrites à la page 2 à la rubrique « Les cadets et les allergies alimentaires »?
Parent's name - Nom du parent	Parent's signature - Signature du parent		Date (yyaa-mm-dj)
For Cadet Corps/Squadron use only		Réservée au corps ou à l'escadron de Cadets	
Section 10: Application validation		Section 10 : Validation de la demande	
The form is properly completed, required documents have been provided and the applicant meets eligibility criteria.		Le formulaire est rempli en bonne et due forme, on nous a fourni les documents exigés et le cadet rencontre les critères d'admissibilité.	
Suggested TOS Date - Date suggérée d'admission	Admin O signature - Signature de l'O admin	Date (yyaa-mm-dj)	
Section 11: Commanding Officer's decision		Section 11 : Décision du commandant	
Membership application - Demande d'admission		Official membership start date - Date d'admission officielle	
<input type="checkbox"/> Approved Approuvée	<input type="checkbox"/> Not approved Refusée	<input type="checkbox"/> As per Section 10. If not, specify Comme à la section 10. Si non, précisez _____	
Commanding Officer's name - Nom du commandant		Commanding Officer's signature - Signature du commandant	
		Date (yyaa-mm-dj)	