



**SOLDIER ON / SANS LIMITES**

**Application and Consent Form / Formulaire d'application et de consentement**

**1. Event information / Information de l'événement**

**This section is to be fill by Soldier On Regional Coordinator**

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Event OPI*<br>BPR de l'événement*  | Shannon Nowell, 506-357-3644/506-999-2860,<br>Shannon.nowell@forces.gc.ca                       |  |  |
| *The Event OPI is the primary point of contact for all initial queries for this event. Application forms must be sent to event OPI.<br>*Le BPR d'événement est le point de contact principal pour toutes les requêtes initiales pour cet événement. Les formulaires d'application doivent être envoyés au BPR de l'événement.  |   |  |  |
| Deadline to apply<br>Date limite d'application   | <b>10 AUGUST 2021</b><br><b>10 AOÛT 2021</b>  |  |  |
| This event is opened to members in the following region :<br>Cet événement est ouvert aux membres de la région suivante :  | from within a 60 minute drive of Fredericton<br>à moins de 60 minutes en voiture de Fredericton |  |  |
| Medical authorization required by Soldier On for event<br>Autorisation médicale requise par Sans Limites pour l'événement<br><i>If 'YES', ALL selected participants will be required to provide Soldier On with a medical authorization.<br/>If 'No', serving members may still be required to submit a medical authorization by their CoC.<br/>When unsure if an activity requirement is right for you, you should consult your doctor.</i><br><br><i>Si 'Oui', TOUS les participants sélectionnés doivent soumettre une autorisation médicale à Sans Limites.<br/>Si 'Non', la CdC des membres en service peuvent quand même demander une autorisation médicale.<br/>Si vous n'êtes pas certain/e qu'une exigence d'activité vous convient, consultez votre médecin.</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Oui<br><input checked="" type="checkbox"/> No/Non                  |  |  |

**2. Personal information of applicant / Renseignements personnels de l'appliquant**

|  |               |  |                            |  |
|--|---------------|--|----------------------------|--|
| Full Name (as shown on government ID or passport):<br>Nom complet (comme indiqué sur vos pièces d'identité ou passeport) : |               |  |                            |  |
| Rank<br>Grade:   | Unit<br>Unité | Date of birth<br>Date de naissance   | Service No<br>N° matricule | VAC Client No<br>N° client ACC   |
| Status<br>État<br><input type="checkbox"/> Serving / En service<br><input type="checkbox"/> Retired / Retraité             |               | Language (preferred)<br>Langue (préférée)<br><input type="checkbox"/> English<br><input type="checkbox"/> Français |                            | Environment (select one)<br>Environnement (en choisir un)<br><input type="checkbox"/> Army / Armée de terre<br><input type="checkbox"/> Air Force / Force aérienne<br><input type="checkbox"/> Navy / Marine |
| Home Address / Adresse à domicile  |               |  |                            |  |
| Number<br>Numéro   | Street<br>Rue | City<br>Ville  | Province                   | Postal Code<br>Code postal   |
| Telephone (Preferred)<br>Téléphone (Préféré)   |               | Email address<br>Adresse courriel  |                            |  |



Are you registered with Soldier On?  
Êtes-vous inscrit avec Sans Limites?

Yes/Oui  
 No/Non

### 3. Additional information / Renseignements additionnelles

The following information is voluntary and will only be used by Soldier On to ensure member's safety and promote a positive experience (e.g. provide adaptive equipment, accessible transportation and lodging and ensure proper tempo of schedule).

Les informations suivantes sont volontaires et seront seulement utilisées par Sans Limites pour assurer la sécurité du membre et promouvoir une expérience positive. (Ex. fournir de l'équipement adapté, accessibilité du transport et du logement et assurez que le rythme de l'horaire est adéquat).

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 soins et les animaux de services nécessiteront une attestation médicale).

Yes/Oui

Please specify:  
SVP préciser:

No/Non

**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 limitations d'emploi médicales (LEMs) soient partagées avec Sans Limites.

Yes/Oui

No/Non



## **ALL APPLICANTS – TOUS LES CANDIDATS**

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

#### **4.1 Mental & Physical Requirements / Demandes physiques et mentales**

Participants must be able to physically swing a golf club while acting within their MELs and be able to tolerate 4-5 hours of light paced activities. 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.

Les participants doivent être en mesure de balancer un club de golf en respectant leurs LEMs et doivent pouvoir tolérer de 4 à 5 heures d'activités au rythme de la lumière. En raison de l'horaire chargé des activités, les demandeurs doivent avoir un besoin limité de repos tout au long de la journée. Les participants doivent être confortables d'interagir dans un groupe avec d'autres membres des FAC et des membres civils.

#### **4.2 Code of conduct / Code de conduite**

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 PSP/Soldier On staff, CAF Transition Group, 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) Adhere to the CAF Policy on Hateful Conduct, [DOAD 9005-1](#);
- (4) Understand and refrain from [Operation HONOUR](#) activity or violations;
- (5) Adhere to the CAF Cannabis Policy, [DAOD 9004-1](#) and applicable laws;
- (6) Consume alcohol responsibly;
- (7) Comply at all times with all applicable laws; and
- (8) Comply with COVID-19 Public Health Measures.

Sans Limites est engagé à fournir un environnement où chacun est traité avec respect. Le participant doit observer toutes les directives raisonnables ou les demandes formulées par le personnel PSP/Sans Limites, le Groupe de transition des DAC 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) adhérer à la politique des FAC sur la conduite haineuse, [DOAD 9005-1](#);
- (4) comprendre les comportements et gestes encadrés par l'[Opération HONOUR](#) et s'abstenir de commettre des violations au terme de celle-ci;
- (5) respecter la politique des FAC sur le cannabis ([DOAD 9004-1](#)) et les lois applicables;
- (6) consommer de l'alcool de manière responsable;
- (7) respecter en tout temps l'ensemble des lois applicables; et
- (8) respecter les mesures de santé publique reliées au COVID-19.

#### **4.3 COVID-19 Guidelines / Directives COVID-19**

Any person participating in a Soldier On event is required to comply with current COVID-19 Public Health Measures (PHM) at all times as directed by public health authorities as well as applicable current municipal, provincial, territorial and federal COVID-19 guidelines and policies, including but not limited to, wearing a non-medical mask and physical distancing. Participants must complete the respective provincial / territorial or federal government COVID-19 self-assessment tool before attending the event. Individuals must refrain from participating in a Soldier On event if



they have tested positive for COVID-19, have come into contact with someone who has tested positive for COVID-19 and/or are experiencing symptoms of COVID-19.

Soldier On, PSP, CAF TG and sport providers will adhere to all PHM, and safety guidelines in order to mitigate the risk of contracting COVID-19. Applicants understand that even with all preventative and safety measures in place, there is still a risk of contracting the virus during a Soldier On event.

Toute personne participant à un événement Sans Limites est tenue de respecter en tout temps toutes les mesures de santé publique (MSP) actuelles du COVID-19, conformément aux directives des autorités de santé publique ainsi qu'aux lignes directrices et politiques applicables aux niveaux municipal, provincial, territorial et fédéral en vigueur sur le COVID-19, y compris, mais sans s'y limiter, le port d'un masque non médical et la distanciation physique. Les participants doivent remplir l'outil d'auto-évaluation COVID-19 du gouvernement provincial / territorial ou fédéral avant d'assister à l'événement. Les personnes doivent s'abstenir de participer à un événement Sans Limites si elles ont été testées positives pour COVID-19, sont entrées en contact avec une personne qui a été testée positive pour COVID-19 et / ou présentent des symptômes de COVID-19.

Sans Limites, PSP, CAF TG et les fournisseurs de sport adhéreront à toutes les directives de PHM et de sécurité afin d'atténuer le risque de contracter le COVID-19. Les candidats comprennent que même avec toutes les mesures de prévention et de sécurité en place, il existe toujours un risque de contracter le virus lors d'un événement Sans Limites.

Acceptance of terms and Signature

I hereby acknowledge having read the physical and mental requirements, the code of conduct and the COVID-19 guidelines 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 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.

Acceptation des conditions et signature

Je reconnais qu'en soumettant cette application je comprends les exigences d'activité physiques et mentales, ainsi que le code de conduite et les directives relatives au COVID-19 comme indiqués ci-haut et que je vais participer à l'événement. Je reconnais qu'une autorisation médicale peut être demandée 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.

|  |  |
|--|--|
| <b>Applicant's print name</b><br><b>Nom en lettres moulées du candidat</b> |  |
| <b>Applicant's signature</b><br><b>Signature du candidat</b>               |  |
| <b>Date</b>  |  |



**RETIRED MEMBERS ONLY / MEMBRES RETIRÉS SEULEMENT**

**5. Indemnification and Hold Harmless / Indemnisation et exonération de responsabilité :**

In consideration of my participation in and/or attendance at this activity or event and/or of my presence as a passenger in a DND administrative transport, 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.

Relativement à ma participation et/ou présence à l'activité ou à l'événement et/ou à ma présence comme passager dans un véhicule de transport administrative DND, 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 de ses 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.

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 section 4.1 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.

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 la section 4.1 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.

**Applicant's print name**

**Nom en lettres moulées du candidat**

**Applicant's signature**

**Signature du candidat**

**Date**



**SERVING MEMBERS ONLY / MEMBRES EN SERVICES SEULEMENT**

**6. Military Chain of Command / Chaîne de commandement militaire**

**6.1 Medical authorization**

*(only if required by CoC or Soldier On) / Autorisation médicale (Seulement si requis par la CdC ou Sans Limites)*

Medical Officer to review physical and mental activity requirements, confirm event is within limitations of participant.

Médecin: examiner les exigences en matière d'activité physique et mentale. Confirmer que l'événement est dans les limites du participant.

**I recommend the applicant to participate to the event  
Je recommande que le candidat participe à l'événement**

Yes/Oui

No/Non

**Comments / Commentaires:**

**Medical officer's print name**

**Nom en lettres moulées de l'officier médical**

**Medical officer's signature**

**Signature de l'officier médical**

**Date**

**6.2 Approval from Military Chain of Command / Approbation de la Chaîne de commandement militaire**

The below signatories hereby acknowledge the physical and mental requirements for the activity and give approval for the applicant to participate.

Les signataires ci-dessous reconnaissent les exigences physiques et mentales pour l'activité et approuve l'applicant à participer.

**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 the applicant to participate to the event  
J'approuve que le candidat participe à l'événement**

Yes/Oui

No/Non

**Comments / Commentaires:**

**Commanding officer's print name**

**Nom en lettres moulées de l'officier commandant**

**Commanding officer's signature**

**Signature de l'officier commandant**

**Date**