

**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 : Soldier On Kayak Day 12 October 2018**  
**Sans limites Kayak 12 octobre 2018**

**A. Approval and Clearance to Participate / Approbation et autorisation de participation**

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

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) : <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français	Date of Birth / Date de naissance :	E-Mail (preferred) / Courriel (préféré) :	
Please select / Cocher case: <input type="checkbox"/> Serving / En service <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Air Force / Force aérienne <input type="checkbox"/> Navy / Marine <input type="checkbox"/>			T-Shirt Size/Grandeur :
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.			<input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> 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 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.	<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> No/Non
(3) I consent to Soldier On contacting my Medical Officer for relevant medical information / Je donne permission à Sans limites d'être en contact avec mon médecin militaire pour de l'information médicales pertinentes.	<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> No/Non
(4) Your injury includes / Votre blessure inclut : <input type="checkbox"/> Visible injuries/Blessures visible (e.g. amputée/amputé, musculoskeletal/musculosquelettique) <input type="checkbox"/> Non-visible injuries/Blessures non-visible (e.g. OSI/BSO, TBI/TCC)		

**Activity/ Activité : Soldier On Kayak Day 12 October 2018**  
**Sans limites Kayak 12 octobre 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 :
- FREDERICTON / OROMOCTO NB
- 
- b. Participants must be able to actively participate in moderately paced activities. Participants will be required to wear the issued personal flotation device. / Les participants doivent être en mesure de participer activement à des activités modérément organisées. Tous les participants seront requis de porter la veste de flottaison fournis.
- 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 activities 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. / Tous doivent être confortables d'interagir dans un groupe. Les participants pourraient être exposés à l'environnement militaire pendant l'activité; l'activité et les repas, auront lieu sur une base des Forces canadiennes.

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

**Activity/ Activité : Soldier On Kayak Day 12 October 2018**  
**Sans limites Kayak 12 octobre 2018**

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
<b>RECOMMENDATION from IPSC PI Comd / Du Commandant de peloton CISP</b> (Where applicable) / (s'il s'applique)	<b>Restrictions/Recommendation:</b>  <b>Signature:</b> <b>Date:</b> <b>Print Name:</b>
<b>RECOMMENDATION from Medical Officer (serving), Civilian Physician (retired):</b>  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  <b>NOTE:</b> CFHS electronic chit shall be attached / SSFC chit électronique peut être attaché. .	<b>I recommend / Je recommande</b> <input type="checkbox"/> Yes/Oui   <input type="checkbox"/> No/Non  <b>Signature:</b> <b>Date:</b> <b>Print Name:</b>
<b>APPROVAL from Military Chain of Command / Chaîne de commandement militaire responsable de l'approbation :</b> <i>(Retirees exempt) / (Membres à la retraite sont exemptés)</i>  <b>NOTE :</b> 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 approbatrice.	<b>I approve / J'approuve</b> <input type="checkbox"/> Yes/Oui   <input type="checkbox"/> No/Non  <b>Comments / Commentaires:</b>  <b>Signature:</b> <b>Date:</b> <b>Print Name:</b>

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

Event OPI :                      Sgt Dennis Mckellar: [dennis.mckellar@forces.gc.ca](mailto:dennis.mckellar@forces.gc.ca)

L'OPI 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:        Sgt Dennis Mckellar: [dennis.mckellar@forces.gc.ca](mailto:dennis.mckellar@forces.gc.ca)