



**APPLICATION FOR MEMBERSHIP – DEMANDE D'ADMISSION**

(IN THE CANADIAN CADET ORGANIZATIONS – DANS LES ORGANISATIONS DE CADETS DU CANADA)

I WISH TO APPLY FOR MEMBERSHIP AS A CADET IN: – JE DÉSIRE ÊTRE ADMIS À TITRE DE CADET DANS :

THE ROYAL CANADIAN SEA CADETS  
LES CADETS ROYAUX DE LA MARINE CANADIENNE

THE ROYAL CANADIAN ARMY CADETS  
LES CADETS ROYAUX DE L'ARMÉE CANADIENNE

THE ROYAL CANADIAN AIR CADETS  
LES CADETS DE L'AVIATION ROYALE DU CANADA

NO. AND NAME OF CORPS/SQUADRON  
N° ET NOM DU CORPS/DE L'ESCADRON \_\_\_\_\_

**NOTE: THIS IS NOT A COMMITMENT FOR ENLISTMENT IN ANY COMPONENT OF THE CANADIAN FORCES**  
**NOTA : LA PRÉSENTE NE CONSTITUE PAS UNE PROMESSE D'ENRÔLEMENT DANS QUELQUE ÉLÉMENT QUE CE SOIT DES FORCES CANADIENNES**

**PART/PARTIE 1 - PERSONAL DATA – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Surname – Nom (Please print – Lettres moulées s.v.p.)		Given names – Prénoms		Sex – Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADDRESS ADRESSE	Number and street Numéro et rue	City or town Ville ou village	Province / territory Province / territoire	Postal code Code postal	
Age – Âge	Birth date – Date de naissance D – J      M – M      Y – A	Religion	ARE YOU A CANADIAN CITIZEN OR A LANDED IMMIGRANT? ÊTES-VOUS CITOYEN(NE) CANADIEN(NE) OU AVEZ-VOUS UN STATUT D'IMMIGRANT RECONNU PAR L'ÉTAT? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non		
EDUCATION ÉTUDES	Current grade – Année en cours	School attending – École fréquentée actuellement			
PREVIOUS CADET SERVICE SERVICE ANTÉRIEUR COMME CADET	Rank – Grade	Cadet corps – Corps de cadets		Date	

**PART/PARTIE 2 - MEDICAL INFORMATION (To be completed by the parent/guardian) – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À remplir par le parent ou tuteur)**

The following information is required to assist the Corps/Squadron instructor staff in determining the capabilities of the above-named applicant to participate in certain aspects of the training programme which includes strenuous physical activities, drill and marching on hard surfaces, swimming and other water sports, running, team sports and outdoor training for one or more nights in locations remote from medical facilities. The information will additionally be provided to adult supervisor staff as required to ensure the safety and well-being of the above-named applicant during participation in such activities.

Les renseignements suivants sont demandés afin d'aider les instructeurs de cadets du corps ou de l'escadron à déterminer si le candidat peut participer à certaines activités du programme d'instruction. Ce programme comprend des activités physiques intenses, des exercices militaires et des marches sur surfaces dures, de la natation et autres sports aquatiques, des courses, des sports d'équipes et des exercices aventuriers durant une ou plusieurs nuits dans des endroits éloignés de cliniques médicales. Les renseignements seront en plus fournis au personnel surveillant tels que requis pour assurer la sécurité et le bien-être du demandeur susmentionné pendant sa participation à de telles activités du programme des cadets.

	Yes Oui	No Non	
1. Does the applicant have a medical condition or problem requiring access, to a specialist physician or general practitioner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Le candidat a-t-il une condition ou un problème médical requérant accès à un médecin généraliste ou spécialiste?
2. If a specialist physician is required, specify the type? _____			2. Si un médecin spécialiste est requis, veuillez préciser la spécialité? _____
3. Is the applicant being treated or managed by a physician for any of the following:			3. Le candidat est-il soigné ou sous la supervision d'un médecin pour une des maladies suivantes :
a. lung disease, chronic cough, wheezing or asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. maladie pulmonaire, toux chronique, respiration asthmatique ou asthme?
b. heart problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. troubles cardiaques?
c. bed wetting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. incontinence nocturne?
d. seizure disorders, fits, convulsions or epilepsy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. troubles désordonnés, crises, convulsions ou épilepsie?
e. diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. diabète?
f. arthritis or other joint problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. arthrite ou autres problèmes d'articulations?
g. foot problems that may restrict activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. problèmes de pied qui pourraient limiter les activités?
h. any condition requiring a special diet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. une maladie exigeant un régime alimentaire spécial?
i. serious allergies (to bee stings or other insects, or to drugs such as penicillin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. allergies graves (aux piqûres d'abeilles ou d'autres insectes, ou à des médicaments comme la pénicilline)?
j. any skin conditions that could restrict activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. conditions de la peau qui pourraient restreindre les activités?
k. any other medical conditions not listed above, especially if they may limit activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. toute autre maladie non énumérée ci-haut, surtout si elle peut restreindre les activités?
l. dental problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. problèmes dentaires?

If you answered yes to any of the above questions, please give additional details in paragraph 6.

Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez donner des détails supplémentaires au paragraphe 6.

4. Is the applicant on any prescribed medication (including allergy serum, i.e. anakit or epipen)?  
Le candidat prend-il présentement des médicaments prescrits par un médecin (incluant du sérum d'allergie, p. ex. "anakit" ou "epipen")?  
Please specify, listing the type and dosing strength/intervals – Veuillez préciser, indiquant le genre, la dose et les intervalles.

5. Is the applicant currently undergoing physiotherapy, counselling or therapy for any reason?  
Le candidat reçoit-il présentement de la physiothérapie, un service de conseil ou de la thérapie qu'importe la raison?  
Please identify/specify – Veuillez identifier/préciser.

6. Is there anything else that you wish the Corps/Squadron instructor staff to be aware of?  
(Details on any positive response to a question in paragraph 3 are needed.)  
Y a-t-il d'autres informations que les instructeurs de cadets du corps ou de l'escadron doivent savoir?  
(Veuillez donner plus de détails pour chaque réponse affirmative aux questions du paragraphe 3.)

**PART/PARTIE 3 - PARENTAL/GUARDIAN AND CADET DECLARATION – DÉCLARATION DU PARENT/TUTEUR ET DU CADET**

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. We, the applicant for cadet membership ("applicant") and the parent or guardian of the applicant, consent to the applicant becoming a member of the cadet organization, and participating in prescribed cadet activities.</p> <p>2. We certify that, to the best of our knowledge, the information provided in Part 2 "Medical Information" is complete and accurate.</p> <p>3. We certify that the applicant is healthy and in good physical condition with the exceptions previously noted.</p> <p>4. We consent to the applicant receiving training as part of the Cadet Harassment and Abuse Prevention (CHAP) Programme.</p> <p>5. Authority is granted for the applicant to travel on commercial or military aircraft, ships and vehicles as deemed necessary by the Canadian Forces.</p> <p>6. We accept responsibility for any article of clothing or equipment issued to the applicant and will return them to the Department of National Defence when requested to do so.</p> <p>7. We hereby consent to have the applicant receive emergency medical and dental treatment.</p> <p>8. We will notify the Corps/Squadron Commanding Officer of any major changes in the applicant's medical status which may limit activities.</p> <p>9. We, the applicant for cadet membership ("applicant") and the parent or guardian of the applicant, consent to the use and publication of the photographic image, name, hometown and age of the applicant and information concerning his or her participation in cadet activities. This information may be used and published by the DND/CF for the purpose of publicly recognizing cadet activities and achievements and/or for purposes of promoting the cadet program at any time through print or electronic media including radio, television, the internet, newspapers and magazines. This consent may be revoked by providing a notice in writing to the Director Cadets. A refusal to consent to the use and publication of this information will not have an adverse impact on your application for membership with the Cadet Program.</p> <p>10. In case of injury, we hereby consent to have a copy of the report (DND 2299) concerning my applicant injury provided to the applicable National League. A copy the report is necessary to meet the applicable League's insurance requirements.</p> | <p>1. Nous, le candidat à la demande d'admission pour être membre des cadets (candidat) et le parent ou tuteur, consentons à ce que le candidat devienne membre dans l'organisation des cadets, et de participer aux activités de cadet prescrites.</p> <p>2. Nous attestons qu'au meilleur de nos connaissances, les renseignements inscrits à la Partie 2 «Renseignements médicaux» sont exacts et complets.</p> <p>3. Nous certifions que le candidat est en bonne santé et en bonne condition physique sauf pour les exceptions énumérées précédemment.</p> <p>4. Nous consentons à ce que le candidat reçoive de l'instruction sur le programme de Prévention du harcèlement et de l'abus des cadets (PHAC).</p> <p>5. Nous consentons à ce que le candidat voyage par avion, navire ou autre véhicule commercial ou militaire suivant les exigences des Forces canadiennes.</p> <p>6. Nous acceptons la responsabilité de tout habillement ou matériel distribué au candidat et nous nous engageons à le retourner au Ministère de la Défense nationale sur demande.</p> <p>7. Nous consentons par la présente à ce que le candidat reçoive des soins médicaux et dentaires d'urgence.</p> <p>8. Nous signalerons au commandant du corps ou de l'escadron de cadets tout changement majeur dans la condition médicale du candidat qui pourrait limiter ses activités.</p> <p>9. Nous, le candidat à la demande d'admission au programme de cadets («candidat») et le parent ou tuteur du candidat, consentons à l'utilisation et à la publication de toute image photographique du candidat, son nom, son âge et sa localité ainsi que d'autres renseignements concernant sa participation dans des activités de cadets. Cette information pourra être utilisée et publiée par le MDN/FC pour reconnaître publiquement les accomplissements et activités de cadets et/ou afin de promouvoir le programme de cadets en tout temps par l'entremise de médias imprimés ou électroniques, y compris la radio, la télévision, l'internet, les journaux et les revues. Ce consentement peut être révoqué en faisant parvenir un avis écrit au Directeur des Cadets. Un refus de consentir à l'utilisation et à la publication de cette information n'aura aucun impact négatif sur votre demande d'admission dans le programme des cadets.</p> <p>10. En cas de blessure, nous consentons par la présente qu'une copie du rapport (DND 2299) concernant la blessure de mon candidat soit remise à la ligue nationale appropriée. Une copie du rapport est nécessaire pour rencontrer les exigences de l'assurance de la ligue nationale appropriée.</p> |
|---|---|

Name of parent or guardian (Please print) Nom du parent ou du tuteur (Lettres moulées s.v.p.)	Address of parent or guardian Adresse du parent ou du tuteur	<input type="checkbox"/> Same address as in part 1; or Même adresse identifiée à la partie 1; ou	
Telephone no. – N° de téléphone Home – Domicile                      Business – Bureau	Signature (Parent/Guardian – Parent/Tuteur)	Relationship (parent / guardian) Lien de parenté (parent ou tuteur)	Date
Cadet signature – Signature du Cadet		Date	
<b>NOTE: For parent or guardian</b> - Is there a court decree or judgment or separation agreement in existence, the terms of which award you the custody of the applicant visiting rights access to the applicant by another party? <b>If yes, provide additional information under separate cover.</b>			Yes      No Oui     Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>NOTA : Pour parent ou tuteur</b> - Existe-t-il une ordonnance ou un jugement d'un tribunal ou une entente de séparation, stipulant que la garde du candidat vous est confiée et/ou restreint l'accès au candidat par une autre personne? <b>Si oui, prière de fournir de plus amples détails sous pli séparé.</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**PART/PARTIE 4 - COMMANDING OFFICER'S CERTIFICATION – ATTESTATION DU COMMANDANT**

I HAVE EXAMINED THE BIRTH CERTIFICATE OR PROOF OF AGE AND INFORMATION CONTAINED IN THIS DOCUMENT AND THAT THE DND 2353 HAS BEEN COMPLETED. I HEREBY APPROVE THE MEMBERSHIP OF THE APPLICANT.

J'AI EXAMINÉ LE CERTIFICAT DE NAISSANCE OU PREUVE DE NAISSANCE AINSI QUE LE PRÉSENT FORMULAIRE ET QUE LE DND 2353 A ÉTÉ COMPLÉTÉ. J'APPROUVE PAR LA PRÉSENTE L'ADMISSION DU CANDIDAT.

COMMANDING OFFICER COMMANDANT	Name (Print) – Nom (En lettres moulées)	Signature	Date
----------------------------------	---	-----------	------



## Authorization for the collection of information Autorisation pour la collecte de renseignements

### Part / Partie 1 - Statement of purpose – Énoncé d'intention

The Canadian Cadet Organizations (CCO) are responsible for the collection of information for administrative purposes on its Cadet members. The information is also being collected in accordance with the Personal Information Banks designated for cadet use (PIB DND PPR 839). The Personal information Banks (PIB) provide a summary of personal information held by the DND and the CF. The *Privacy Acts* requires that PIBs include all personal information that is organized and retrievable by a person's name, an identifying number/symbol, or other particular assigned only to that person. PIBs must also include personal information, which has been or is being used, or is available for use for an administrative purpose.

The CCO is responsible for the collection and storage of personal information in secure filing cabinets and databases to ensure that the information is protected from unauthorized disclosure as outlined under the National Defence Security Policy and the Privacy Act. The Canadian Cadet Organizations retains the corporate responsibility to ensure that the retention and release of any personal information is consistent with the purpose of its collection. To this effect, the CCO will not share this information with third parties unless authorized by the individual or legal guardian to whom the information relates or in accordance with section 8 of the *Privacy Act*.

L'organisation des cadets du Canada (OCC) est chargée de recueillir, à des fins administratives, des renseignements sur ses membres. L'information est aussi collectée conformément aux fichiers de renseignements personnels (FRP) des cadets (PIB DND PPE 839). Ces fichiers de renseignements personnels fournissent un résumé des renseignements personnels détenus par le MDN et les FC. En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, les FRP doivent contenir tous les renseignements personnels organisés et récupérables à l'aide du nom de la personne concernée, d'un numéro/symbole identificateur ou d'un autre détail désignant exclusivement cette personne. Les FRP doivent également inclure des renseignements personnels qui ont été utilisés, qui sont utilisés ou qui sont disponibles à des fins administratives.

L'OCC doit recueillir les renseignements personnels, les conserver en toute sécurité dans des classeurs et des bases de données et s'assurer qu'ils ne sont pas divulgués sans autorisation, tel qu'il est énoncé dans la Politique de sécurité de la Défense nationale et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. L'organisation des cadets du Canada est aussi chargée, au niveau ministériel, de veiller à ce que tout renseignement personnel soit conservé et divulgué conformément au but dans lequel il a été recueilli. À cet effet, l'OCC n'échangera pas cette information avec des tierces parties à moins d'en être autorisée par la personne concernée ou son tuteur légal, et ne le fera que si la demande est conforme à l'article 8 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

### Part / Partie 2 - Cadet's authorization – Autorisation du cadet

I authorize the Canadian Cadet Organizations, to collect and manage administrative and training information pertaining to my progression within the CCO for as long as I am a Cadet, for the purposes stated above. I understand that this information is for internal use only. I also understand that I am personally responsible for ensuring that the cadet corps/squadron I belong to is made aware of any relevant changes to my family, medical and personal information in the shortest of delays.

J'autorise l'organisation des cadets du Canada à recueillir et à gérer des renseignements administratifs et des renseignements liés à l'instruction relativement à mes progrès au sein de l'OCC pendant que je serai cadet, pour les raisons susmentionnées. Je comprends que ces renseignements seront utilisés à l'interne seulement. Je reconnais aussi que je dois m'assurer que le corps/l'escadron de cadets auquel j'appartiens est tenu au courant de tout changement apporté aux renseignements concernant ma famille, mon état médical et moi-même, et ce, dans les meilleurs délais.

\_\_\_\_\_  
Name of cadet (please print) – Nom du cadet (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature of cadet – Signature du cadet

\_\_\_\_\_  
Date

### Part / Partie 3 - Parents/guardians' authorization – Autorisation du parent/tuteur légal

I authorize the Canadian Cadet Organizations, to collect and manage administrative and training information pertaining to the progression of \_\_\_\_\_ within the CCO for as long as he/she is a cadet, for the purposes stated above. I understand that this information is for internal use only. I also recognize that I am responsible for ensuring that the cadet corps/squadron is made aware of changes pertaining to the guardianship, or any relevant medical condition and personal information of \_\_\_\_\_ in the shortest of delays.

J'autorise l'organisation des cadets du Canada à recueillir et à gérer des renseignements administratifs et des renseignements liés à l'instruction relativement à mes progrès de \_\_\_\_\_ au sein de l'OCC pendant qu'il/elle sera cadet, pour les raisons susmentionnées. Je comprends que ces renseignements seront utilisés à l'interne seulement. Je reconnais aussi que je dois m'assurer que le corps/l'escadron de cadets est tenu au courant des changements concernant la tutelle et l'état médical ou personnel de \_\_\_\_\_, et ce, dans les meilleurs délais.

\_\_\_\_\_  
Name of parent/guardian's (please print)  
Nom du parent/tuteur légal (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Relationship to cadet  
Relation avec le cadet

\_\_\_\_\_  
Signature of parent/guardian  
Signature du parent/tuteur légal

\_\_\_\_\_  
Date

**SUPPLEMENTAL APPLICATION INFORMATION**  
(IN THE CANADIAN CADET ORGANIZATIONS)

The current APPLICATION FOR MEMBERSHIP does not collect all the information that we require. Please complete as much of the following as possible.

**Cadet**

<b>Surname:</b>	<b>Legal First Name:</b> (As on Birth Certificate)
<b>E-Mail Address:</b>	
<b>Medical #:</b>	<b>Province:</b>

**Reason for Joining (Please check ONLY ONE)**

<input type="checkbox"/> Adventure/Opportunities	<input type="checkbox"/> Optional Activities (Biathlon, Music, Gliding, Fam Flying)
<input type="checkbox"/> Court Order	<input type="checkbox"/> Parents
<input type="checkbox"/> Curiosity	<input type="checkbox"/> Program (Elemental Training Programs, ie. Flying)
<input type="checkbox"/> Discipline	<input type="checkbox"/> School Programs
<input type="checkbox"/> Free	<input type="checkbox"/> Exchanges/Summer Camp
<input type="checkbox"/> Friends	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> Interested in Related Career	

**Parent/Guardian 1 (The one who signed the APPLICATION FOR MEMBERSHIP)**

<b>Relationship:</b> (Please check ONLY ONE)	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Legal Guardian	<input type="checkbox"/> Step Father	<input type="checkbox"/> Step Mother
<b>Surname (if different than cadet):</b>			<b>First Name:</b>		
<b>Cell Phone:</b>					
<b>E-Mail Address:</b>					

**Parent/Guardian 2 (Other than who signed the APPLICATION FOR MEMBERSHIP)**

<b>Relationship:</b> (Please check ONLY ONE)	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Legal Guardian	<input type="checkbox"/> Step Father	<input type="checkbox"/> Step Mother
<b>Surname (if different than cadet):</b>			<b>First Name:</b>		
<b>Address Same As Cadet</b> <input type="checkbox"/> <b>OR</b>					
<b>Number and street:</b>		<b>City or town:</b>		<b>Province:</b>	<b>Postal code:</b>
<b>Home Phone:</b>		<b>Work Phone:</b>		<b>Cell Phone:</b>	
<b>E-Mail Address:</b>					

**Alternate/Emergency Family Contact (Someone who does not reside with the cadet)**

<b>Surname :</b>	<b>First Name:</b>
<b>Number and street:</b>	<b>City or town:</b>
	<b>Province:</b>
	<b>Postal code:</b>
<b>Home Phone:</b>	<b>Cell Phone:</b>

**Family Doctor (Required for Summer Camp)**

<b>Doctor's Name: Dr.</b>	<b>Clinic Name:</b>
<b>Number and street:</b>	<b>City or town:</b>
	<b>Province:</b>
	<b>Postal code:</b>
<b>Phone:</b>	