



**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(NÉ) CANADIEN(NÉ) 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)**

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>1. Does the applicant have a medical condition or problem requiring access, to a specialist physician or general practitioner? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>2. If a specialist physician is required, specify the type? _____</p> <p>3. Is the applicant being treated or managed by a physician for any of the following:</p> <p>a. lung disease, chronic cough, wheezing or asthma? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>b. heart problems? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>c. bed wetting? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>d. seizure disorders, fits, convulsions or epilepsy? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>e. diabetes? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>f. arthritis or other joint problems? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>g. foot problems that may restrict activities? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>h. any condition requiring a special diet? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>i. serious allergies (to bee stings or other insects, or to drugs such as penicillin)? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>j. any skin conditions that could restrict activities? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>k. any other medical conditions not listed above, especially if they may limit activities? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>l. dental problems? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p>	<p>1. Le candidat a-t-il une condition ou un problème médical requérant accès à un médecin généraliste ou spécialiste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2. Si un médecin spécialiste est requis, veuillez préciser la spécialité? _____</p> <p>3. Le candidat est-il soigné ou sous la supervision d'un médecin pour une des maladies suivantes :</p> <p>a. maladie pulmonaire, toux chronique, respiration asthmatique ou asthme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b. troubles cardiaques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c. incontinence nocturne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d. troubles désordonnés, crises, convulsions ou épilepsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>e. diabète? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>f. arthrite ou autres problèmes d'articulations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>g. problèmes de pied qui pourraient limiter les activités? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>h. une maladie exigeant un régime alimentaire spécial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>i. allergies graves (aux piqûres d'abeilles ou d'autres insectes, ou à des médicaments comme la pénicilline)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>j. conditions de la peau qui pourraient restreindre les activités? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>k. toute autre maladie non énumérée ci-haut, surtout si elle peut restreindre les activités? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>l. problèmes dentaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p><b>If you answered yes to any of the above questions, please give additional details in paragraph 6.</b></p>	<p><b>Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez donner des détails supplémentaires au paragraphe 6.</b></p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.)</p>	

**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
----------------------------------	---	-----------	------