****

**SOLDIER ON / SANS LIMITES**

**Authorization Form / Formulaire d’autorisation**

**SOLDIER ON** **DREAM CASTERS FISHING EVENT**

**SANS LIMITES ÉVÉNEMENT DE PÊCHE À ROULETTES DE RÊVE**

19,20,21 and 22 May 25/ 19,20,21 et 22 Mai 25

**APPLICATION DEADLINE :** **4 May @ 1800MST / DATE LIMITE POUR APPLICATIONS : 4 Mai à 18h00 MST**

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

|  |
| --- |
| **Personal information of applicant / Renseignements personnels de l’appliquant** |
| Full Name (as shown on government ID or passport): Nom complet (comme indiqué sur vos pièces d’identité ou passeport) : |
|       |
| RankGrade:      | UnitUnité      | Date of birthDate de naissance      | Service No No matricule      | StatusÉtat[ ]  Serving / En service [ ]  Retired / Retraité  |

|  |
| --- |
| **Mental & Physical Requirements / Demandes physiques et mentales** |
| Applicants must be able to tolerate 6 hours of light paced activities for 1 day. Due to the busy activity schedule, applicants must have a limited requirement for rest throughout the day. Applicants will be joined with other ill/injured members and civilians, and therefore should be able to function in a social environment.Les candidats doivent être capables de tolérer 6 heures d’activités légères pendant 1 journée. En raison de l'horaire d'activités chargé, les candidats doivent avoir un besoin limité de repos tout au long de la journée.Les candidats seront rejoints par d'autres membres et civils malades/blessés et devraient donc être capables de fonctionner dans un environnement social. |

|  |
| --- |
| **SERVING MEMBERS ONLY / MEMBRES EN SERVICES SEULEMENT** |
| **Military Chain of Command / Chaîne de commandement militaire** |
| **Medical authorization / Autorisation médicale*****ONLY if required by CoC / SEULEMENT si requis par la CdC*** |
| 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** |       |

|  |
| --- |
| **Approval from Military Chain of Command / Approbation de la Chaîne de commandement militaire** ***Required for participation / Requise pour la participation***  |
| 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** |       |