

ANNUAL VALIDATION FORM
FORMULAIRE DE VALIDATION ANNUELLE

(Please write in block letters)

(Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

SECTION 1: PERSONAL INFORMATION			SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Official Surname – Nom de famille officiel		Official Given Name – Prénom officiel		Gender Sexe	Official Language Langue officielle	DOB – DDN
Civic Address – Adresse municipale		City or Town – Ville ou village		Prov/Terr	Postal Code – Code postal	
Telephone – Téléphone Main – Principal		Other – Autre		Email – Courriel		
Mailing Address – Adresse postale		City or Town – Ville ou village		Prov/Terr	Postal Code – Code postal	
SECTION 2: HEALTH CARD			SECTION 2 : RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE			
Full Name as it appears on Health Card		Province		No - No Including Initials		Expiry Date – Date d'expiration
SECTION 3: LIMITATIONS, OBLIGATIONS AND CONDITIONS			SECTION 3 : RESTRICTIONS, OBLIGATIONS ET CONDITIONS			
No court or tribunal has issued an order or decree against my child.			Ni cour, ni tribunal n'a émis d'ordonnance ou décret envers mon enfant.			
SECTION 4: PARENTS INFORMATION			SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS			
<i>Parent 1</i>						
Surname – Nom de famille		Given name(s) – Prénom(s)		Relationship with the cadet – Lien avec le cadet		
Civic Address – Adresse municipale		City or Town – Ville ou village		Prov/Terr	Postal Code – Code postal	
Telephone – Téléphone Day – Le jour		Evening – En soirée		Other – Autre		Email – Courriel
						Access Rights to the cadet Droits d'accès au cadet
<i>Parent 2</i>						
Surname – Nom de famille		Given name(s) – Prénom(s)		Relationship with the cadet – Lien avec le cadet		
Civic Address – Adresse municipale		City or Town – Ville ou village		Prov/Terr	Postal Code – Code postal	
Telephone – Téléphone Day – Le jour		Evening – En soirée		Other – Autre		Email – Courriel
						Access Rights to the cadet Droits d'accès au cadet
SECTION 5: HEALTH INFORMATION			SECTION 5 : RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ			
			<input type="checkbox"/> Yes - Oui <input type="checkbox"/> No - Non			
Have there been any changes to the cadet's medical, physical or psychological condition or medication, if any, since we last asked you (2012-08-10)?			Y a-t-il eu des changements à la condition médicale, physique ou psychologique du cadet ou à sa médication, s'il y a lieu, depuis la dernière vérification (2012-08-10)?			
SECTION 6: PARENTAL CONSENT			SECTION 6 : CONSENTEMENT DES PARENTS			
I, the undersigned, hereby certify that the information on this form is complete, accurate and valid to the best of my knowledge, except where indicated.			Je, le soussigné, atteste par la présente que les renseignements apparaissant sur le présent formulaire sont complets, exacts et valides au meilleur de ma connaissance, sauf aux endroits indiqués.			
_____ Parent's Name – Nom du parent			_____ Parent's Signature – Signature du parent		_____ Date – Date	
FOR CADET CORPS/SQUADRON USE ONLY			RÉSERVÉE AU CORPS OU À L'ESCADRON DE CADETS			
SECTION 7: VALIDATION PROCESS			SECTION 7 : PROCESSUS DE VALIDATION			
✓ If, in Section 5, the answer is "Yes", provide parents with a DND 2570			✓ Si, à la section 5, la réponse est « Oui », remettre aux parents un DND 2570			
✓ In Fortress, amend information, if required, but always click the "Validate" button			✓ Dans Forteresse, modifier les renseignements, au besoin, mais, dans tous les cas, cliquer sur le bouton « Valider »			
✓ Place this form as well as any supporting documents provided by the parents in the cadet's personal file (DND 2399)			✓ Verser dans le dossier personnel du cadet (DND 2399) le présent formulaire ainsi que tout document justificatif remis par les parents			