



# Formulaire d'information (MEMBRE)

À compléter si vous souhaitez avoir accès aux services du soutien au déploiement offert par le CRFM d'Edmonton

## Membres des FAC (Reg/Res) et employés civiles

En signant ce formulaire, vous autorisez le Centre des Ressources pour les Familles Militaires (CRFM) de la garnison d'Edmonton de pouvoir entrer en contact avec votre famille, dans la région ou hors province, pour leur offrir des ressources et des services pendant et après votre déploiement/absence reliée au travail.

1. Renseignements sur le membre des FAC			
Matricule	Rang	Nom de famille	Prénom et initiale, s'il y a lieu
Nom de l'unité / Unité montante		Emplacement de l'unité où le membre est déployé	
Unité déployée		Métier	Forces régulières : <input type="checkbox"/> Réservé : <input type="checkbox"/> Civil : <input type="checkbox"/>
Nombre de déploiements outremer		Courriel	Téléphone

## 2. Coordonnées des membres de la famille

	Principal	Secondaire	Tierce
Prénom			
Nom de famille			
Relation avec le member <input type="checkbox"/> Service Couple			
Langue de communication	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
Adresse			
Téléphone			
Cellulaire			
Courriel			
Recevoir notre calendrier mensuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CRFM le plus près			
<b>Si un membre de votre famille vit hors de la région d'Edmonton, est-ce que nous avons la permission de transmettre ses coordonnées au CRFM le plus près de chez lui?</b>			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**3. Enfants (le cas échéant)**

Nom	Âge	Date de naissance	Nom	Âge	Date de naissance

**4. Renseignements additionnels sur la famille**

Y a-t-il une situation dont vous aimeriez nous faire part et pour laquelle votre famille pourrait avoir besoin de soutien pendant l'absence prolongée du membre (par ex., une grossesse, un handicap, un problème de santé ou tout autre besoin particulier)?

**5. Type de déploiement, dates et emplacement**

Type	Date de départ	Date de retour	Emplacement
Formation/Cours <input type="checkbox"/>			
Déploiement <input type="checkbox"/>			
Restriction imposée <input type="checkbox"/>			
Autre _____ <input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AA)	(JJ/MM/AA)	

**Suivi de (le cas échéant)**

Type	Date de départ	Date de retour	Emplacement
Formation/Cours <input type="checkbox"/>			
Déploiement <input type="checkbox"/>			
Restriction imposée <input type="checkbox"/>			
Autre _____ <input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AA)	(JJ/MM/AA)	

Je, soussigné(e), reconnaît que les renseignements recueillis par le Centre de ressources pour les familles militaires (CRFM) seront utilisés de façon confidentielle et uniquement pour les besoins du CRFM, en conformité avec la politique de confidentialité du PSFM. Aucun renseignement personnel ou de nature confidentielle ne sera partagé avec une tierce partie ou un autre organisme sans le consentement écrit et préalable des parties concernées, sauf si requis par la loi. Je comprends que les renseignements que je partage pour l'équipe de déploiement du CRFM pourraient être partagés avec l'unité militaire en cause, le cas échéant.

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AA): \_\_\_\_\_

**Veuillez retourner ce formulaire au service de déploiement du CRFM, en personne ou par courriel: Deployment@mfrcedmonton.com**