



AVM Morfee Centre / PO Box/C.P. 582 / Greenwood, NS (N.-É.) / B0P 1N0
Telephone/Téléphone : (902) 765-5611 / Fax/Télécopieur : (902) 765-1747
Email/Courriel : home@greenwoodmfrca.ca / Web site/Site Web : www.cafconnection.ca

PROTÉGÉ « A » UNE FOIS REMPLI

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE AVANT LE DÉPLOIEMENT

Renseignements sur le membre militaire					
Grade :	Prénom :	Nom de famille :			No matricole :
Service : Force Régulière Réserviste	Sexe: Homme Femme non dévoilé				Langue préférée : anglais français
Escadre/base d'appartenance :	Unité/Section :			Poste au travail :	
Téléphone principal :		Courriel (à la maison ou à la base) :			
Renseignements sur le déploiement					
Opération :	Emplacement <u>et</u> camp : (déploiement/attribution des missions):				
Date de départ :	Date de retour :				
Serez-vous absent pour de la formation avant le déploiement? Si oui, veuillez indiquer l'endroit :					
Date de début de la formation:		Date de la fin de la formation :			

**** Le CRFMG communiquera avec les membres de votre famille que vous avez identifiés dans ce formulaire pour les informer du programme de soutien au déploiement. ****

Renseignements sur la famille			
Personne-ressource 1		Personne-ressource 2	
Prénom :		Prénom :	
Nom de famille :		Nom de famille :	
Pronom(s) préféré(s) :		Pronom(s) préféré(s) :	
Lien (c.-à-d. conjoint, parent, ami, etc.) :		Lien (c.-à-d. conjoint, parent, ami, etc.) :	
Langue préférée : anglais français		Langue préférée : anglais français	
Adresse (rue):		Adresse (rue):	
C.P. / R.R. n° :	Ville:	C.P. / R.R. n° :	Ville:
Province:	Code postal :	Province:	Code postal :
Téléphone principal :		Téléphone principal :	
Téléphone secondaire :		Téléphone secondaire :	
Adresse courriel :		Adresse courriel :	

Renseignement sur les enfants

Nom :	Pronom(s) préféré(s)	Âge :	École :

Êtes-vous le parent qui a la garde de votre (vos) enfant(s)? Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser le soutien que vous aimeriez recevoir de notre part :

Considérations spéciales

Considérations spéciales ou aide dont votre famille aura besoin durant votre déploiement :

(*Exemples*: votre conjointe est enceinte / nouveau-né à la maison; nouvellement arrivé dans la région; votre conjoint(e) ne conduit pas; votre conjoint(e) a des besoins médicaux particuliers; votre famille va déménager/voyager au cours de votre déploiement; les enfants vivront avec quelqu'un autre que votre conjoint(e) ; enfant(s) avec besoins spéciaux; première expérience avec un déploiement; etc.)

Est-ce que vous recevez le bulletin mensuel du CRFMG par courriel ? Oui Non

CODE DE CONFIDENTIALITÉ DU CRFMG (Veuillez lire attentivement et signer)

Les renseignements qui se trouvent sur ce formulaire ne seront utilisés qu'au sein du CRFM de Greenwood, classifiés « Confidential » et employés que pour les raisons dont ils ont été recueillis. Le CRFM de Greenwood adhère aux codes de protection des renseignements personnels des services aux familles des militaires.

Si les membres de votre famille identifiés dans ce formulaire demeurent à l'extérieur de la région couverte par le CRFM de Greenwood, ce formulaire sera envoyé à leur CRFM local.

Signature: _____ Date: _____ Témoin: _____

FOR OFFICE USE ONLY. To be completed by GMFRC staff person / volunteer accepting the form.

Pre-Departure package given? Yes No Date given: _____

Military member/family member informed about Warm Line Program? Yes No

Comments: _____

Staff Signature: _____ Date: _____