

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@greenwoodmfr.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 matricule :
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 :	
Prenom(s) préféré(s) :		Prenom(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 : <i>(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.)</i>

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

CODE DE CONFIDENTIALITÉ DU CRFMG (Veuillez lire attentivement et signer) <i>Les renseignements qui se trouvent sur ce formulaire ne seront utilisés qu'au sein du CRFM de Greenwood, classifiés « Confidentiel » 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.</i> <i>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.</i>
Signature: _____ Date: _____ Témoin: _____

FOR OFFICE USE ONLY. To be completed by GMFRC staff person / volunteer accepting the form.	
Pre-Departure package given? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date given: _____
Military member/family member informed about Warm Line Program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Comments: _____	

Staff Signature: _____	Date: _____