



**MEMBRE MILITAIRE**

**MILITARY MEMBER**

Prénom et Nom /Name and Last name: \_\_\_\_\_ Regular Force régulière

# Matricule/ Service #: \_\_\_\_\_ Réserve/Reserve

Adresse résidentielle/ Home address: \_\_\_\_\_  
(Numéro, app., rue, ville, province, code postal / Number, ap., street, city, province, postal code)

Operation /Operation and location: \_\_\_\_\_ Dates: Départ/Departure : \_\_\_\_\_

Unité/Unit: \_\_\_\_\_ Section: \_\_\_\_\_ Retour/Return : \_\_\_\_\_

Cours ou exercice / Course or exercise

En remplissant ce formulaire vous consentez à ce que le CRFM le plus près du lieu de résidence de vos proches utilise ces informations dans le but de leur offrir des services de soutien à l'absence.

By completing this form, you consent to having the MFRC closest to the place of residence of your loved ones use this information to offer them support services during absence.

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

Date: \_\_\_\_\_

**CONTACT À PRIORISER**

**CONTACT TO BE PRIORITISED**

Personne à prioriser dans le soutien offert et dans l'éventualité d'une offre spéciale (ex: cadeau, don, tirage).  
**Assurez-vous de l'exactitude de l'adresse et du numéro de téléphone.**

Person to prioritise in offering support and in the event of special offers (ex: gifts, donations, prize drawing).  
**Make sure of providing us with the accurate address and phone number.**

Prénom et Nom /Name and Family name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
(Adulte seulement / Adult only)

Français/ French  Anglais/ English  Même adresse que membre FAC  / Same as CAF member

Adresse résidentielle/ Home address: \_\_\_\_\_  
(Numéro, app., rue, ville, province, code postal / Number, ap., street, city, province, postal code)

Téléphone / Phone number : \_\_\_\_\_ Courriel/ E-mail: \_\_\_\_\_

**AUTRES PROCHES (ADULTES SEULEMENT)**

**OTHER LOVED ONES (ADULTS ONLY)**

Avez-vous des enfants mineurs?/ Do you have children under 18 years old? Oui/Yes  Non/No

\*Assurez vous d'inclure parmi vos proches la (les) personne(s) responsable(s) du soin de vos enfants, autre que vous-même.  
\* Make sur to include in your relatives the people responsible for the care of you children, other than yourself.

Prénom et Nom /Name and Family name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
(Adulte seulement / Adult only)

Français/ French  Anglais/ English  Même adresse que membre FAC  / Same as CAF member

Adresse résidentielle/ Home address: \_\_\_\_\_  
(Numéro, app., rue, ville, province, code postal / Number, ap., street, city, province, postal code)

Téléphone / Phone number : \_\_\_\_\_ Courriel/ E-mail: \_\_\_\_\_

Prénom et Nom /Name and Family name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
(Adulte seulement / Adult only)

Français/ French  Anglais/ English  Même adresse que membre FAC  / Same as CAF member

Adresse résidentielle/ Home address: \_\_\_\_\_  
(Numéro, app., rue, ville, province, code postal / Number, ap., street, city, province, postal code)

Téléphone / Phone number : \_\_\_\_\_ Courriel/ E-mail: \_\_\_\_\_

