



Formulaire d'information (MEMBRE)

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

Ce formulaire doit être rempli par le membre des FAC (régulier ou de réserve), ou par l'employé civil, en prévision d'un déploiement ou d'une absence prolongée. Cela permettra au Centre de ressources pour les familles militaires (CRFM) d'Edmonton d'avoir en main les informations nécessaires pour communiquer avec vous et votre famille (dans la région ou à l'extérieur) au sujet des programmes et services offerts aux familles vivant une absence prolongée ou un déploiement, que ce soit avant le départ, pendant l'absence ou après le retour.

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"/>	
		Réserve : <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 membre			
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			
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?			<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), reconnait 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): _____

Veillez retourner le formulaire dûment rempli à madame Jenny Greyling, Coordonnatrice du déploiement du CRFM, soit en personne ou par courriel à : jenny.greyling@forces.gc.ca