



## SECTION DEUX – TENIR UN JOURNAL

---



Les outils présentés dans cette section vous aideront à garder le cap et à être organisé à mesure que vous vous préparez à faire la transition à la vie après le service militaire ou que vous vous adaptez à votre nouveau mode de vie.

## LISTE DE VÉRIFICATION PARCOURS VERS LA VIE CIVILE (PVVC) POUR LES MILITAIRES

Le militaire en voie de libération pour des raisons médicales doit remplir la LISTE DE VÉRIFICATION PVVC seul, sans l'aide du coordonnateur du Programme pour les familles des vétérans (Coord PFV).

### PENSEZ À CE QUE SERA LA VIE APRÈS AVOIR QUITTÉ LES FORCES ARMÉES CANADIENNES

Si vous vous situez dans la zone jaune ou rouge pour les énoncés liés à l'emploi, aux finances, à la santé, aux relations, au logement ou à la préparation, vous devriez en discuter avec votre Coord PFV. Si vous croyez que votre famille se situe dans ces mêmes zones en ce qui concerne son adaptation à la vie après le service militaire, pensez à prendre rendez-vous avec votre Coord PFV.

Pour chacun des énoncés ci-dessous, choisissez la réponse qui s'applique à vous.

|  | OUI                     | DANS UNE CERTAINE MESURE | NON                                    |
|--|-------------------------|--------------------------|--|
|  | X                       | X                        | X                                      |
| • S'il y a lieu, je sais quelles sont les mesures à prendre pour :   |                         |                          |  |
| - Obtenir un bon emploi.   |                         |                          |  |
| - M'inscrire dans un établissement scolaire.   |                         |                          |  |
| - Me préparer à la retraite.   |                         |                          |  |
| • J'ai ce qu'il me faut pour trouver un emploi satisfaisant ou une autre activité valorisante.               |                         |                          |  |
| • Sur le plan financier, je suis prêt à la vie civile.   |                         |                          |  |
| • Je parviendrai à joindre les deux bouts.   |                         |                          |  |
| • Ma santé physique et ma santé mentale me permettront de bien fonctionner au quotidien après ma libération. |                         |                          |  |
| • Je connais les mesures à prendre pour obtenir les soins de santé dont j'aurai besoin après ma libération.  |                         |                          |  |
| • J'obtiendrai le soutien dont j'ai besoin de ma famille et de mes amis après ma libération.                 |                         |                          |  |
| • J'ai des loisirs et des intérêts à l'extérieur du milieu militaire.  |                         |                          |  |
| • Mes conditions de logement seront adéquates après ma libération.   |                         |                          |  |
| • Je serai en mesure de vivre dans la région que je préfère.   |                         |                          |  |
| • Je m'adapterai bien à la vie civile.   |                         |                          |  |
| • S'il y a lieu, ma famille s'adaptera bien à ma transition à la vie civile.                                 |                         |                          |  |
|  | TOUT DEVRAIT BIEN ALLER | PENSEZ-Y!                | IL FAUDRA PEUT-ÊTRE DEMANDER DE L'AIDE |

*« Je suis la mère de nos enfants, je suis sa femme. Je suis sa meilleure amie... mais, je suis aussi son infirmière psychiatrique, celle qui prend ses prises de sang, celle qui parle au médecin et celle qui garde le fil de tous les détails. Je suis celle qui explique ses symptômes à nos amis et à notre famille. »*

Conjointe d'un vétéran libéré pour des raisons médicales

## LISTE DE VÉRIFICATION PARCOURS VERS LA VIE CIVILE (PVVC) POUR LES VÉTÉRANS

Le vétéran doit remplir la LISTE DE VÉRIFICATION PVVC seul, sans l'aide du coordonnateur du Programme pour les familles des vétérans (Coord PFV).

Si vous vous situez dans la zone jaune ou rouge pour les énoncés liés à l'emploi, aux finances, à la santé, aux relations, au logement ou à la préparation, vous devriez en discuter avec votre Coord PFV. Si vous croyez que votre famille se situe dans ces mêmes zones en ce qui concerne son adaptation à la vie après le service militaire, pensez à prendre rendez-vous avec votre Coord PFV.

### EST-CE QUE VOUS VOUS PORTEZ BIEN POUR CE QUI EST DE LA VIE APRÈS LE SERVICE MILITAIRE?

Pour chacun des énoncés ci-dessous, choisissez la réponse qui s'applique à vous.

|   | OUI                     | DANS UNE CERTAINE MESURE | NON                                    |
|---|-------------------------|--------------------------|--|
|   | X                       | X                        | X                                      |
| • J'ai obtenu un bon emploi, je me suis inscrit dans un établissement scolaire ou je me suis préparé à la retraite. |                         |                          |  |
| • Je suis satisfait de mes possibilités d'emploi ou d'autre activité valorisante.                                   |                         |                          |  |
| • Sur le plan financier, je suis prêt à la vie civile.  |                         |                          |  |
| • Je parviendrai à joindre les deux bouts.  |                         |                          |  |
| • Ma santé physique et ma santé mentale me permettront de bien  |                         |                          |  |
| • J'ai accès à tous les soins de santé dont j'ai besoin.  |                         |                          |  |
| • Ma famille et mes amis m'offrent tout le soutien dont j'ai besoin.  |                         |                          |  |
| • J'ai des loisirs et des intérêts à l'extérieur du milieu militaire.   |                         |                          |  |
| • Mes conditions de logement sont adéquates.  |                         |                          |  |
| • Je vis dans la région que je préfère.   |                         |                          |  |
| • Je me suis bien adapté à la vie civile.   |                         |                          |  |
| • S'il y a lieu, ma famille s'est bien adaptée à ma transition à la vie civile.                                     |                         |                          |  |
|   | TOUT DEVRAIT BIEN ALLER | PENSEZ-Y!                | IL FAUDRA PEUT-ÊTRE DEMANDER DE L'AIDE |



## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nom                     |  |
| Nom du conjoint         |  |
| Nom de l'enfant (1)     |  |
| Nom de l'enfant (2)     |  |
| Nom de l'enfant (3)     |  |
| Numéro matricule        |  |
| Numéro de dossier d'ACC |  |

|    | Nom de la personne à contacter en cas d'urgence | Numéro de téléphone | Lien avec la famille |
|----|---|---------------------|----------------------|
| 1. |   |                     |                      |
| 2. |   |                     |                      |
| 3. |   |                     |                      |

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| Procuration (mandataire) |         |
|                          |         |
| Numéro de téléphone      | Adresse |
|                          |         |

## FOURNISSEURS DE SERVICE

### CENTRE DE RESSOURCES POUR LES FAMILLES DES MILITAIRES

| Coordonnateur du Programme pour les familles des vétérans |                     |
|---|---------------------|
|   |                     |
| Adresse électronique                                      | Numéro de téléphone |
|   |                     |
| Adresse civique   | Adresse postale     |
|   |                     |

| Officier de liaison avec les familles |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
|                                       |                     |
| Adresse électronique                  | Numéro de téléphone |
|                                       |                     |
| Adresse civique                       | Adresse postale     |
|                                       |                     |

| Infirmier gestionnaire de cas des FAC |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
|                                       |                     |
| Adresse électronique                  | Numéro de téléphone |
|                                       |                     |
| Adresse civique                       | Adresse postale     |
|                                       |                     |

| Gestionnaire de cas de l'UISP/du CISP |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
|                                       |                     |
| Adresse électronique                  | Numéro de téléphone |
|                                       |                     |
| Adresse postale                       |                     |
|                                       |                     |



| Gestionnaire de cas d'ACC |                     |
|---------------------------|---------------------|
|                           |                     |
| Adresse électronique      | Numéro de téléphone |
|                           |                     |
| Adresse postale           |                     |
|                           |                     |

| Soutien par les pairs du SSBSO |                     |
|--------------------------------|---------------------|
|                                |                     |
| Adresse électronique           | Numéro de téléphone |
|                                |                     |
| Adresse civique                | Adresse postale     |
|                                |                     |

| Médecin de famille   |                     |
|----------------------|---------------------|
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |

| Médecin spécialiste  |                     |
|----------------------|---------------------|
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Médecin spécialiste  |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Médecin spécialiste  |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Médecin spécialiste  |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Médecin spécialiste  |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |





|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Travailleur social   |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Optométriste         |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Dentiste             |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse civique      | Adresse postale     |
|                      |                     |





## PLAN DE GARDE FAMILIALE

|                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Nom du militaire/vétéran       |                               |
|                                |                               |
| Numéro de téléphone (domicile) | Numéro de téléphone (travail) |
|                                |                               |
| Numéro de cellulaire           | Langue                        |
|                                |                               |
| Problèmes de santé             |                               |
|                                |                               |

|                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Nom du conjoint                |                               |
|                                |                               |
| Numéro de téléphone (domicile) | Numéro de téléphone (travail) |
|                                |                               |
| Numéro de cellulaire           | Langue                        |
|                                |                               |
| Problèmes de santé             |                               |
|                                |                               |

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| Nom de l'enfant               |         |
|                               |         |
| Nom de la garderie/de l'école | Adresse |
|                               |         |
| Numéro de téléphone           | Langue  |
|                               |         |
| Problèmes de santé            |         |
|                               |         |

| Nom de l'enfant               |         |
|-------------------------------|---------|
|                               |         |
| Nom de la garderie/de l'école | Adresse |
|                               |         |
| Numéro de téléphone           | Langue  |
|                               |         |
| Problèmes de santé            |         |
|                               |         |

| Nom de l'enfant               |         |
|-------------------------------|---------|
|                               |         |
| Nom de la garderie/de l'école | Adresse |
|                               |         |
| Numéro de téléphone           | Langue  |
|                               |         |
| Problèmes de santé            |         |
|                               |         |

| Nom de l'animal de compagnie/du chien d'assistance |                    |
|--|--------------------|
|  |                    |
| Vétérinaire  | Problèmes de santé |
|  |                    |

| Nom de l'animal de compagnie |                    |
|------------------------------|--------------------|
|                              |                    |
| Vétérinaire                  | Problèmes de santé |
|                              |                    |



|                              |                    |
|------------------------------|--------------------|
| Nom de l'animal de compagnie |                    |
|                              |                    |
| Vétérinaire                  | Problèmes de santé |
|                              |                    |

## SERVICES À DOMICILE

|                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| Services de soutien à domicile |                     |
|                                |                     |
| Adresse électronique           | Numéro de téléphone |
|                                |                     |
| Adresse postale                |                     |
|                                |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Entretien ménager    |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse              |                     |
|                      |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Déneigement          |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse              |                     |
|                      |                     |

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| Entretien de la pelouse |                     |
|                         |                     |
| Adresse électronique    | Numéro de téléphone |
|                         |                     |
| Adresse                 |                     |
|                         |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Autre                |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse              |                     |
|                      |                     |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Autre                |                     |
|                      |                     |
| Adresse électronique | Numéro de téléphone |
|                      |                     |
| Adresse              |                     |
|                      |                     |

## PLAN DE SERVICES DE GARDE EN CAS D'URGENCE

Le plan de services de garde en cas d'urgence fournit des directives précises concernant vos enfants, y compris des renseignements médicaux, leur heure de coucher, l'horaire de transport scolaire et leurs mets préférés, pour réduire le stress lors de votre absence.

Demandez au personnel de votre Centre de ressources pour les familles des militaires (CRFM) s'il peut vous fournir un modèle de Plan de services de garde en cas d'urgence à remplir. Nous vous encourageons à en remettre une copie aux personnes que vous avez désignées pour la garde de vos enfants ainsi qu'à votre CRFM afin qu'ils soient en mesure d'aider votre famille aussi rapidement que possible en cas d'urgence. Si ces personnes ne sont pas disponibles, le personnel du CRFM pourra se servir des renseignements figurant dans votre Plan de services de garde en cas d'urgence pour s'assurer que vos enfants soient entre de bonnes mains.

Soyez proactifs! Communiquez avec votre CRFM pour ouvrir un dossier et créer votre Plan de services de garde en cas d'urgence avant que le besoin s'en fasse sentir.



## IDENTIFICATION DES RESPONSABLES DE LA GARDE DES ENFANTS

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| Responsable principal           |                     |
|                                 |                     |
| Lien avec le militaire/vétérant | Agence              |
|                                 |                     |
| Adresse                         | Numéro de téléphone |
|                                 |                     |
| Difficultés éventuelles         |                     |
|                                 |                     |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| Responsable                     |                     |
|                                 |                     |
| Lien avec le militaire/vétérant | Agence              |
|                                 |                     |
| Adresse                         | Numéro de téléphone |
|                                 |                     |
| Difficultés éventuelles         |                     |
|                                 |                     |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| Responsable                     |                     |
|                                 |                     |
| Lien avec le militaire/vétérant | Agence              |
|                                 |                     |
| Adresse                         | Numéro de téléphone |
|                                 |                     |
| Difficultés éventuelles         |                     |
|                                 |                     |

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

| Nom                             |                     |
|---------------------------------|---------------------|
|                                 |                     |
| Lien avec le militaire/vétérant | Numéro de téléphone |
|                                 |                     |
| Adresse                         |                     |
|                                 |                     |
| Difficultés éventuelles         |                     |
|                                 |                     |

| Nom                             |                     |
|---------------------------------|---------------------|
|                                 |                     |
| Lien avec le militaire/vétérant | Numéro de téléphone |
|                                 |                     |
| Adresse                         |                     |
|                                 |                     |
| Difficultés éventuelles         |                     |
|                                 |                     |

| Nom                             |                     |
|---------------------------------|---------------------|
|                                 |                     |
| Lien avec le militaire/vétérant | Numéro de téléphone |
|                                 |                     |
| Adresse                         |                     |
|                                 |                     |
| Difficultés éventuelles         |                     |
|                                 |                     |



