

Formulaire de renseignements sur la famille

Remarque : Le présent formulaire sert à mettre à jour vos renseignements personnels auprès de votre CRFM local. Idéalement, il doit être rempli tous les ans, puis de nouveau avant toute séparation connexe au travail. Lorsqu'il est rempli, il doit être soumis à votre CRFM.

1. Renseignements sur le membre des FC			
Numéro de service	Rang	Nom de famille	Prénom et initiales
Nom de l'unité d'accueil		Unité d'appartenance	Métier
Renseignements sur la formation (Cette section doit être remplie pour ceux qui anticipent une séparation en raison d'un cours ou d'une formation)		Dates de la formation	Lieu de la formation
Renseignements sur le déploiement (Cette section doit être remplie pour ceux qui anticipent une séparation en raison d'un déploiement)		Dates du déploiement	Lieu du déploiement
Base de préparation		Cochez une case	
Unité de déploiement		<input type="checkbox"/> Force régulière <input type="checkbox"/> Force de la réserve <input type="checkbox"/> Civil	
Faites-vous actuellement l'objet d'une restriction imposée?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Noms des enfants et dates de naissance			
Si vos personnes contact résident à l'extérieur de la région desservie par le CRFM d'Esquimalt, souhaitez-vous			
que nous acheminions ce formulaire au CRFM le plus proche de leur lieu de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Personne contact principale (1)			
Relation		Langue	
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre _____	
Nom			
Adresse postale complète (de la personne contact)			
Téléphone à la maison		Cellulaire	
Téléphone au travail		Adresse courriel (de la personne-ressource)	
		Souhaitez-vous l'inscription au Réseau des familles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Souhaitez-vous inscrire ce contact à notre programme mensuel « Restons en contact » (uniquement lorsque le membre est déployé(e))? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone Le service « Restons en contact » a pour objectif de partager aux proches de l'information concernant les ressources, événements et activités offerts au CRFM, des renseignements sur la communauté ainsi que sur les opérations, lorsque ces dernières sont partagées par l'équipe de commandement.			

Personne-contact principale (2)	
Relation	Langue
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom	
Adresse postale complète (de la personne contact)	
Téléphone à la maison	Cellulaire
Téléphone au travail	Adresse courriel (de la personne-ressource) Souhaitez-vous l'inscription au Réseau des familles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Souhaitez-vous inscrire ce contact à notre programme mensuel « Restons en contact » (uniquement lorsque le membre est déployé(e))? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone Le service « Restons en contact » a pour objectif de partager aux proches de l'information concernant les ressources, événements et activités offerts au CRFM, des renseignements sur la communauté ainsi que sur les opérations, lorsque ces dernières sont partagées par l'équipe de commandement.	
Considérations particulières que vos proches peuvent avoir pendant votre absence (p. ex., grossesse, invalidité ou autres besoins spéciaux)	

Énoncé de protection des renseignements personnels	
Les renseignements contenus dans le présent formulaire seront tenus confidentiels et ne serviront que pour les buts dans lesquels ils ont été recueillis au sein du Centre de ressources pour les familles des militaires (CRFM). Le CRFM respecte la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels</i> . Je comprends que ces renseignements seront échangés avec le Réseau familial de mon unité.	
Signature : _____	nom en lettres moulées _____
Date (JJ/MM/AAAA) : _____	

For Office Use Only					
Date Received:		Family Network Contacted:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date Entered into Database:	
				Entered By:	
Forwarded to another MFRC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Location : _____					