

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		Cochez une case	
		<input type="checkbox"/> Force régulière	<input type="checkbox"/> Force de la réserve
		<input type="checkbox"/> Civil	
Renseignements sur la formation (Cette section doit être remplie pour ceux qui anticipent une séparation en raison d'un cours ou d'une formation)		Cochez une case	
		<input type="checkbox"/> Déploiement	<input type="checkbox"/> Cours/ Formation
		<input type="checkbox"/> Restriction imposée	
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
Noms des enfants et dates de naissance			
Qui sera responsable des enfants pendant votre absence?		Cochez une case	
		<input type="checkbox"/> Personne contact principale 1	<input type="checkbox"/> Personne contact principale 2

2. Support de déploiement

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? Oui Non

Personne contact principale (1)

Nom	
Relation	Langue
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami(e)	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse postale complète (de la personne contact)	
Téléphone à la maison (de la personne contact)	Cellulaire (de la personne contact)
()	()
Téléphone au travail (de la personne contact)	Adresse courriel (de la personne-ressource)
()	

Souhaitez-vous l'inscription au Réseau des familles? Oui Non

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.

Souhaitez-vous inscrire ce contact à notre programme mensuel « Restons en contact » (uniquement lorsque le membre est déployé(e))? Oui Non Courriel Téléphone

3. Renseignements généraux pour le CRFM

Est-ce que ce contact est intéressé à recevoir le Guide d'activités trimestriel du CRFM/PSP? Oui Non

Est-ce que ce contact aimerait recevoir des mises à jour mensuelles du CRFM par courriel? Oui Non

Personne-contact principale (2)	
Nom	
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 _____
Adresse postale complète (de la personne contact)	
Téléphone à la maison (de la personne contact)	Cellulaire (de la personne contact)
()	()
Téléphone au travail (de la personne contact)	Adresse courriel (de la personne-ressource)
()	
Souhaitez-vous l'inscription au Réseau des familles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
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. 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	
3. Renseignements généraux pour le CRFM	
Est-ce que ce contact est intéressé à recevoir le Guide d'activités trimestriel du CRFM/PSP? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Est-ce que ce contact aimerait recevoir des mises à jour mensuelles du CRFM par courriel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous une personne à charge ou un membre de votre famille qui peut avoir besoin d'un soutien supplémentaire pendant votre absence? (c.-à-d. problèmes de santé, grossesse ou diverses aptitudes) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, aimeriez-vous un soutien dans l'élaboration d'un plan de déploiement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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 *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Je comprends que ces renseignements seront échangés avec le Réseau familial de mon unité.

Signature _____

Nom en lettres moulées _____

Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Pour usage interne seulement					
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 : _____					Version 1.0