

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR PARTICIPER AU RÉSEAU FAMILIAL

Ce formulaire est afin de vous inscrire au programme "Réseau familial" qui a pour but de demeurer en contact avec les familles, conjoint(e)s et ami(e)s des Militaires en service qui doivent s'absenter pour une longue durée. Tous les renseignements personnels contenus dans la présente demande d'adhésion sont gardés de façon confidentielle et sécuritaire selon le Code de la Confidentialité du Directeur des Services des Familles Militaires (DSFM) et l'Acte de Protection de l'Information Personnelle (PIPA en anglais).

Veuillez compléter le présent questionnaire. Il n'est toutefois pas nécessaire de répondre à toutes les questions. Une fois le formulaire dûment complété, vous pourrez le déposer à l'un des Centres de Ressources pour les Familles des Militaires (CRFM/ MFRC) à l'attention de l'Agent de liaison ou encore à votre unité Coxswain.

Nous encourageons tous les membres des Forces canadiennes et leur famille à s'inscrire au réseau familial.

Militaire en service

Nom complet du Militaire en service: _____

Unité HMCS ALGONQUIN HMCS WINNIPEG HMCS OTTAWA MCDV _____
 HMCS PROTECTEUR HMCS CALGARY HMCS VANCOUVER Autre _____
 443 HMCS REGINA HMCS VICTORIA

Anticipez-vous ou participerez-vous à un déploiement bientôt? Oui Non

Date(s) du déploiement: _____ Endroit du déploiement: _____

Anticipez-vous ou devrez-vous vous absenter durant une longue période pour un cours ou autre restriction? Oui Non

Date(s): _____ Endroit: _____

Contact Familial

Si votre contact familial demeure à l'extérieur d'Esquimalt, aimeriez-vous qu'on envoie ce formulaire au CRFM le plus près de leur localité?

Oui Non

Nom complet (Contact familial): _____

Lien avec le Militaire: Conjoint(e) Partenaire Parent Ami(e)

Autre _____

Langue de préférence: (encercler une langue seulement) Anglais Français

Adresse postale complète: _____

Adresse du courrier électronique (contact familial): _____ (Les familles peuvent recevoir les informations par courriel)

Numéro de téléphone: _____

Enfants

Nom _____ Date de Naissance _____ Mâle ou Femelle _____

Nom	Date de Naissance	Mâle ou Femelle

Aimeriez-vous recevoir une copie du guide communautaire des activités du (CRFM) MFRC/PSP? Oui Non

Aimeriez-vous vous impliquer dans l'organisation des activités du réseau familial?

Oui Non

Aimeriez-vous être porte-parole pour le CRFM (MFRC) dans les médias?

Oui Non

Êtes-vous intéressé(e) à recevoir des informations sur les activités suivantes:

Ateliers sur les déploiements pour les adultes

Ateliers sur les déploiements pour les enfant

Assistance demandée durant le déploiement

J'aimerais qu'un employé(e) du CRFM (MFRC) puisse contacter mes proches sur une base régulière par le biais du programme "Restez en Contact". Ce service est disponible n'importe où au Canada.

Veuillez contacter mes proches: Hebdomadaire

Mensuel Bimensuel Autre _____