



MFS-NCR FAMILY CARE PLAN PLAN DE GARDE FAMILIAL DES SFM-RCN

MILITARY MEMBER INFORMATION INFORMATIONS DU MEMBRE MILITAIRE					
FIRST NAME PRÉNOM		LAST NAME NOM		MILITARY ID N° MILITAIRE	
SPOUSE/PARTNER INFORMATION INFORMATIONS DU CONJOINT/PARTENAIRE					
AT POST AU POSTE		IMPOSED RESTRICTION RESTRICTION IMPOSÉE		DIVORCED/SEPARATED DIVORCÉ/SÉPARÉ	WIDOWED VEUF/VE
FIRST NAME PRÉNOM		LAST NAME NOM			
ADDRESS ADRESSE		CITY VILLE			
PROVINCE		POSTAL CODE CODE POSTAL			
WORK E-MAIL COURRIEL AU TRAVAIL		WORK PHONE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL			
PERSONAL E-MAIL COURRIEL PRSONNEL		PERSONAL PHONE TÉLÉPHONE PERSONNEL			
PREFERRED COMMUNICATION METHOD MÉTHODE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉE			COMMUNICATION INSTRUCTIONS (IF APPLICABLE) INSTRUCTIONS DE COMMUNICATION LE CAS ÉCHÉANT		
Personal Phone Tel. Personnel	Personal Email Courriel Personnel	Work E-mail Courriel Travail	Work Phone Tel. Travail		

LANGUAGE PREFERENCE PRÉFERENCE DE LA LANGUE		
Speaks English? Parle Anglais?	Speaks French? Parle Français?	Preferred Language for Services Langue Préférée des Services
Yes/Oui No/Non	Yes/Oui No/Non	Bilingual/FR/EN/Bilingue English/Anglais French /Français

ADDITIONAL INFORMATION INFORMATION ADDITIONNELLE	
Yes/Oui No/Non	Are there any safety concerns? (Allergies, personal safety), provide details: Y a-t-il des préoccupations de sécurité? (Allergies, sécurité personnelle) fournissez des détails:
Yes/Oui No/Non	Are there any mobility issues? Provide details: Y a-t-il des problèmes de mobilité? Fournissez des détails:

EMERGENCY CONTACTS CONTACTS D'URGENCE			
FIRST AND LAST NAME NOM ET PRENOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TELEPHONE			
FIRST AND LAST NAME NOM ET PRENOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TELEPHONE			

Notice: Services related to access to healthcare, MFS-NCR will share information with medical professionals for the purposes of facilitating appropriate referrals.

Avis: Les services liés à l'accès aux soins de santé, les SFM-RCN partageront des informations avec les professionnels de la santé dans le but de faciliter les références appropriées.

DEPENDANT CHILD INFORMATION							
INFORMATIONS DE L'ENFANT DÉPENDANT							
AT POST AU POSTE		WITH OTHER GUARDIAN AVEC AUTRE GARDIEN		JOINT CUSTODY GARDE PARTAGÉE		OTHER AUTRE	
FIRST NAME PRÉNOM				LAST NAME NOM			
ADDRESS ADRESSE				CITY VILLE			
PROVINCE				POSTAL CODE CODE POSTAL			
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE				SCHOOL/DAYCARE ECOLE/GARDERIE			
FAMILY DOCTOR MEDECIN DE FAMILLE				FAMILY DENTIST DENTISTE DE FAMILLE			

LANGUAGE PREFERENCE		
PREFERENCE DE LA LANGUE		
Speaks English? Parle Anglais?	Speaks French? Parle Français?	Preferred Language for Services Langue Préférée des Services
Yes/Oui No/Non	Yes/Oui No/Non	Bilingual/FR/EN/Bilingue English / Anglais French / Français

ADDITIONAL INFORMATION	
INFORMATION ADDITIONNELLE	
Yes/Oui No/Non	Are there any safety concerns? (Allergies, medication, personal safety) Provide details: Y a-t-il des préoccupations de sécurité? (Allergies, médicaments, sécurité personnelle) Fournissez des détails:
Yes/Oui No/Non	Are there any special needs? Provide details: Y a-t-il des besoins spéciaux? Fournissez des détails:
HEALTH CARE CARD NUMBER NUMERO DE CARTE SANTE	
Daily Routine? (Diet, after school activities, special bedtime routine) Provide details, add extra pages if needed Routine quotidienne? (Régime alimentaire, activités parascolaires, routine spéciale du coucher) Fournissez des détails, ajouter des pages si nécessaire	

EMERGENCY CONTACTS			
CONTACTS D'URGENCE			
FIRST AND LAST NAME NOM ET PRÉNOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TÉLÉPHONE			
FIRST AND LAST NAME NOM ET PRÉNOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TÉLÉPHONE			

Notice: Services related to access to healthcare, MFS-NCR will share information with medical professionals for the purposes of facilitating appropriate referrals.

Avis: Les services liés à l'accès aux soins de santé, les SFM-RCN partageront des informations avec les professionnels de la santé dans le but de faciliter les références appropriées.

DEPENDANT CHILD INFORMATION
INFORMATIONS DE L'ENFANT DÉPENDANT

AT POST AU POSTE		WITH OTHER GUARDIAN AVEC AUTRE GARDIEN		JOINT CUSTODY GARDE PARTAGÉE		OTHER AUTRE	
FIRST NAME PRÉNOM				LAST NAME NOM			
ADDRESS ADRESSE				CITY VILLE			
PROVINCE				POSTAL CODE CODE POSTAL			
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE				SCHOOL/DAYCARE ECOLE/GARDERIE			
FAMILY DOCTOR MEDECIN DE FAMILLE				FAMILY DENTIST DENTISTE DE FAMILLE			

LANGUAGE PREFERENCE
PREFERENCE DE LA LANGUE

Speaks English? Parle Anglais?	Speaks French? Parle Français?	Preferred Language for Services Langue Préférée des Services
Yes/Oui No/Non	Yes/Oui No/Non	Bilingual/FR/EN/Bilingue English / Anglais French / Français

ADDITIONAL INFORMATION
INFORMATION ADDITIONNELLE

Yes/Oui No/Non	Are there any safety concerns? (Allergies, medication, personal safety) Provide details: Y a-t-il des préoccupations de sécurité? (Allergies, médicaments, sécurité personnelle) Fournissez des détails:
Yes/Oui No/Non	Are there any special needs? Provide details: Y a-t-il des besoins spéciaux? Fournissez des détails:
HEALTH CARE CARD NUMBER NUMERO DE CARTE SANTE	
Daily Routine? (Diet, after school activities, special bedtime routine) Provide details, add extra pages if needed Routine quotidienne? (Régime alimentaire, activités parascolaires, routine spéciale du coucher) Fournissez des détails, ajouter des pages si nécessaire	
<hr/> <hr/>	

EMERGENCY CONTACTS
CONTACTS D'URGENCE

FIRST AND LAST NAME NOM ET PRÉNOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TÉLÉPHONE			
FIRST AND LAST NAME NOM ET PRÉNOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TÉLÉPHONE			

Notice: Services related to access to healthcare, MFS-NCR will share information with medical professionals for the purposes of facilitating appropriate referrals.

Avis: Les services liés à l'accès aux soins de santé, les SFM-RCN partageront des informations avec les professionnels de la santé dans le but de faciliter les références appropriées.

DEPENDANT CHILD INFORMATION
INFORMATIONS DE L'ENFANT DÉPENDANT

AT POST AU POSTE		WITH OTHER GUARDIAN AVEC AUTRE GARDIEN		JOINT CUSTODY GARDE PARTAGÉE		OTHER AUTRE	
FIRST NAME PRÉNOM				LAST NAME NOM			
ADDRESS ADRESSE				CITY VILLE			
PROVINCE				POSTAL CODE CODE POSTAL			
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE				SCHOOL/DAYCARE ECOLE/GARDERIE			
FAMILY DOCTOR MEDECIN DE FAMILLE				FAMILY DENTIST DENTISTE DE FAMILLE			

LANGUAGE PREFERENCE
PREFERENCE DE LA LANGUE

Speaks English? Parle Anglais?	Speaks French? Parle Français?	Preferred Language for Services Langue Préférée des Services
Yes/Oui No/Non	Yes/Oui No/Non	Bilingual/FR/EN/Bilingue English / Anglais French / Français

ADDITIONAL INFORMATION
INFORMATION ADDITIONNELLE

Yes/Oui No/Non	Are there any safety concerns? (Allergies, medication, personal safety) Provide details: Y a-t-il des préoccupations de sécurité? (Allergies, médicaments, sécurité personnelle) Fournissez des détails:
Yes/Oui No/Non	Are there any special needs? Provide details: Y a-t-il des besoins spéciaux? Fournissez des détails:
HEALTH CARE CARD NUMBER NUMERO DE CARTE SANTE	
Daily Routine? (Diet, after school activities, special bedtime routine) Provide details, add extra pages if needed Routine quotidienne? (Régime alimentaire, activités parascolaires, routine spéciale du coucher) Fournissez des détails, ajouter des pages si nécessaire	
<hr/> <hr/>	

EMERGENCY CONTACTS
CONTACTS D'URGENCE

FIRST AND LAST NAME NOM ET PRÉNOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TÉLÉPHONE			
FIRST AND LAST NAME NOM ET PRÉNOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TÉLÉPHONE			

Notice: Services related to access to healthcare, MFS-NCR will share information with medical professionals for the purposes of facilitating appropriate referrals.

Avis: Les services liés à l'accès aux soins de santé, les SFM-RCN partageront des informations avec les professionnels de la santé dans le but de faciliter les références appropriées.

DEPENDANT ADULT INFORMATION			
INFORMATIONS DE L'ADULTE DÉPENDANT			
AT POST AU POSTE		WITH OTHER GUARDIAN AVEC AUTRE GARDIEN	
FIRST NAME PRÉNOM		JOINT CUSTODY GARDE PARTAGÉE	
ADDRESS ADRESSE		CITY VILLE	
PROVINCE		POSTAL CODE CODE POSTAL	
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE		SCHOOL/DAYCARE ÉCOLE/GARDERIE	
FAMILY DOCTOR MÉDECIN DE FAMILLE		FAMILY DENTIST DENTISTE DE FAMILLE	

LANGUAGE PREFERENCE		
PRÉFÉRENCE DE LA LANGUE		
Speaks English? Parle Anglais?	Speaks French? Parle Français?	Preferred Language for Services Langue Préférée des Services
Yes/Oui No/Non	Yes/Oui No/Non	Bilingual/FR/EN/Bilingue English / Anglais French / Français

ADDITIONAL INFORMATION	
INFORMATION ADDITIONNELLE	
Yes/Oui No/Non	Are there any safety concerns? (Allergies, medication, personal safety) Provide details: Y a-t-il des préoccupations de sécurité? (Allergies, médicaments, sécurité personnelle) Fournissez des détails:
Yes/Oui No/Non	Are there any special needs? Provide details: Y a-t-il des besoins spéciaux? Fournissez des détails:
HEALTH CARE CARD NUMBER NUMERO DE CARTE SANTÉ	
Daily Routine? (Diet, after school activities, special bedtime routine) Provide details, add extra pages if needed Routine quotidienne? (Régime alimentaire, activités parascolaires, routine spéciale du coucher) Fournissez des détails, ajouter des pages si nécessaire	

EMERGENCY CONTACTS			
CONTACTS D'URGENCE			
FIRST AND LAST NAME NOM ET PRÉNOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TÉLÉPHONE			
FIRST AND LAST NAME NOM ET PRÉNOM		RELATIONSHIP RELATION	
ADDRESS ADRESSE			
TELEPHONE TÉLÉPHONE			

Notice: Services related to access to healthcare, MFS-NCR will share information with medical professionals for the purposes of facilitating appropriate referrals.

AVIS: Les services liés à l'accès aux soins de santé, les SFM-RCN partageront des informations avec les professionnels de la santé dans le but de faciliter les références appropriées.



MFS-NCR FAMILY CARE PLAN

PLAN DE GARDE FAMILIAL DES SFM-RCN

PET INFORMATION INFORMATIONS SUR LES ANIMAUX							
DOG CHIEN		CAT CHAT		FISH POISSON		OTHER AUTRE	
NAME NOM					BREED/SPECIES RACE/ESPÈCE		
VETERINARY CLINIC NAME NOM DE LA CLINIQUE VÉTÉRINAIRE							
ADDRESS ADRESSE							
TELEPHONE TÉLÉPHONE					E-MAIL COURRIEL		
SPECIAL NEEDS BESOIN SPÉCIAUX							
EMERGENCY CONTACT NAME NOM EN CAS D'URGENCE							
TELEPHONE TÉLÉPHONE					E-MAIL COURRIEL		
ADDITIONAL INFORMATION INFORMATION ADDITIONNELLE							

DOG CHIEN		CAT CHAT		FISH POISSON		OTHER AUTRE	
NAME NOM					BREED/SPECIES RACE/ESPÈCE		
VETERINARY CLINIC NAME NOM DE LA CLINIQUE VÉTÉRINAIRE							
ADDRESS ADRESSE							
TELEPHONE TÉLÉPHONE					E-MAIL COURRIEL		
SPECIAL NEEDS BESOIN SPÉCIAUX							
EMERGENCY CONTACT NAME NOM EN CAS D'URGENCE							
TELEPHONE TÉLÉPHONE					E-MAIL COURRIEL		
ADDITIONAL INFORMATION INFORMATION ADDITIONNELLE							

DOG CHIEN		CAT CHAT		FISH POISSON		OTHER AUTRE	
NAME NOM					BREED/SPECIES RACE/ESPÈCE		
VETERINARY CLINIC NAME NOM DE LA CLINIQUE VÉTÉRINAIRE							
ADDRESS ADRESSE							
TELEPHONE TÉLÉPHONE					E-MAIL COURRIEL		
SPECIAL NEEDS BESOIN SPÉCIAUX							
EMERGENCY CONTACT NAME NOM EN CAS D'URGENCE							
TELEPHONE TÉLÉPHONE					E-MAIL COURRIEL		
ADDITIONAL INFORMATION INFORMATION ADDITIONNELLE							