



**MILITARY MEMBER & DETAILS OF ABSENCE**

|                           |                            |              |           |
|---------------------------|----------------------------|--------------|-----------|
| Last Name:                | First Name:                | Rank:        | Initials: |
| Last 3 of Service Number: | Personal Email or Phone #: |              |           |
| Base:                     | Unit:                      | Pronouns:    |           |
| Absence Location:         | Date of Departure:         | Return date: |           |

**WHO WE WILL CONTACT WHILE YOU ARE AWAY**

|                                      |                                                                  |                  |           |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|
| Last Name:                           |                                                                  | First Name:      | Pronouns: |
| Primary Language:                    | Relationship:                                                    | Phone Number(s): |           |
| <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner | Email Address:   |           |
| <input type="checkbox"/> French      | <input type="checkbox"/> Parent                                  | Postal Code:     |           |
| <input type="checkbox"/> Bilingual   | <input type="checkbox"/> Adult Child                             | City, Province:  |           |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> Other _____                             |                  |           |

  

|                                      |                                                                  |                  |           |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|
| Last Name:                           |                                                                  | First Name:      | Pronouns: |
| Primary Language:                    | Relationship:                                                    | Phone Number(s): |           |
| <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner | Email Address:   |           |
| <input type="checkbox"/> French      | <input type="checkbox"/> Parent                                  | Postal Code:     |           |
| <input type="checkbox"/> Bilingual   | <input type="checkbox"/> Adult Child                             | City, Province:  |           |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> Other _____                             |                  |           |

  

|                                      |                                                                  |                  |           |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|
| Last Name:                           |                                                                  | First Name:      | Pronouns: |
| Primary Language:                    | Relationship:                                                    | Phone Number(s): |           |
| <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner | Email Address:   |           |
| <input type="checkbox"/> French      | <input type="checkbox"/> Parent                                  | Postal Code:     |           |
| <input type="checkbox"/> Bilingual   | <input type="checkbox"/> Adult Child                             | City, Province:  |           |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> Other _____                             |                  |           |

**CHILDREN (UNDER THE AGE OF 18—WILL NOT BE DIRECTLY CONTACTED)**

| Name: | D.O.B.: | Relationship: | Name: | D.O.B.: | Relationship: |
|-------|---------|---------------|-------|---------|---------------|
|       |         |               |       |         |               |
|       |         |               |       |         |               |
|       |         |               |       |         |               |
|       |         |               |       |         |               |

**NOTES**

---



---



---



---



---

**OUT OF AREA FAMILY CONTACT**

|                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| If any member of your family lives outside of the areas served by the KMFRC, we will forward this information to the MFRC closest to them. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**CONSENT & PRIVACY CODE**

By signing below, I acknowledge that only the individual(s) listed above will be contacted by a Military Family Resource Centre regarding absence support services. Individuals not listed above will not be contacted; however, anyone within a CAF member's circle of care may self-identify and access absence support services at any time.

The KMFRC abides by the Privacy Code for MVFSP. This code assists the KMFRC in protecting the personal information of military members, families and all other clients using the KMFRC services. Personal information provided will be used only for the purposes it has been collected for. This information will not be disclosed or used for any other purposes without the individual's consent.

**If completed electronically, please insert an electronic signature or type in your full legal name.**

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Absence / fiche de renseignements

### MEMBRE DU PERSONNEL MILITAIRE ET DÉTAILS DE L'ABSENCE

|                                            |                                  |                 |            |
|--------------------------------------------|----------------------------------|-----------------|------------|
| Nom de famille:                            | Prénom:                          | Grade:          | Initiales: |
| Les 3 derniers chiffres du no. de service: | Courriel ou téléphone personnel: |                 |            |
| Base:                                      | Unité:                           | Pronoms:        |            |
| Lieu de l'absence:                         | Date de départ:                  | Date de retour: |            |

### QUI NOUS CONTACTERONS PENDANT VOTRE ABSENCE

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom de famille:                                                                                                                                                          | Prénom:                                                                                                                                                                                                     | Pronoms:                                                                                        |
| Langue principale:<br><input type="checkbox"/> anglais<br><input type="checkbox"/> français<br><input type="checkbox"/> bilingue<br><input type="checkbox"/> autre _____ | Relation:<br><input type="checkbox"/> conjoint (e) <input type="checkbox"/> partenaire<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> enfant adulte<br><input type="checkbox"/> autre _____ | Numéro(s) de téléphone:<br>Courriel électronique:<br>Code postale: _____ Ville, Province: _____ |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom de famille:                                                                                                                                                          | Prénom:                                                                                                                                                                                                     | Pronoms:                                                                                        |
| Langue principale:<br><input type="checkbox"/> anglais<br><input type="checkbox"/> français<br><input type="checkbox"/> bilingue<br><input type="checkbox"/> autre _____ | Relation:<br><input type="checkbox"/> conjoint (e) <input type="checkbox"/> partenaire<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> enfant adulte<br><input type="checkbox"/> autre _____ | Numéro(s) de téléphone:<br>Courriel électronique:<br>Code postale: _____ Ville, Province: _____ |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom de famille:                                                                                                                                                          | Prénom:                                                                                                                                                                                                     | Pronoms:                                                                                        |
| Langue principale:<br><input type="checkbox"/> anglais<br><input type="checkbox"/> français<br><input type="checkbox"/> bilingue<br><input type="checkbox"/> autre _____ | Relation:<br><input type="checkbox"/> conjoint (e) <input type="checkbox"/> partenaire<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> enfant adulte<br><input type="checkbox"/> autre _____ | Numéro(s) de téléphone:<br>Courriel électronique:<br>Code postale: _____ Ville, Province: _____ |

### ENFANTS (ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS — NE SERONT PAS CONTACTÉS DIRECTEMENT)

| Nom: | Date de naissance: | Relation: | Nom: | Date de naissance: | Relation: |
|------|--------------------|-----------|------|--------------------|-----------|
|      |                    |           |      |                    |           |
|      |                    |           |      |                    |           |
|      |                    |           |      |                    |           |
|      |                    |           |      |                    |           |

### REMARQUES

---

---

---

---

---

### FAMILLE À L'EXTÉRIEURE DE LA RÉGION

Si un membre de votre famille réside en dehors des zones desservies par le CRFMK, nous transmettrons ces informations au CRFM le plus proche de chez lui.

### CONSENTEMENT & CODE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En signant ci-dessous, je reconnais que seules les personnes mentionnées ci-dessus seront contactées par le Centre de ressources pour les familles des militaires au sujet des services d'accompagnement en cas d'absence. Les personnes qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus ne seront pas contactées ; toutefois, toute personne faisant partie de l'entourage d'un membre des FAC peut se manifester et bénéficier des services d'accompagnement en cas d'absence à tout moment.

Le CRFMK respecte le Code de confidentialité du PSMFV. Ce code aide le CRFMK à protéger les renseignements personnels des membres des Forces militaires, des familles et de tous les autres clients utilisant les services du CRFMK. Les renseignements personnels fournis seront utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis. Ces informations ne seront ni divulguées ni utilisées à d'autres fins sans le consentement de la personne concernée.

**Si le formulaire est rempli par voie électronique, veuillez insérer une signature électronique ou écrivez votre nom légal complet.**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_