D57461
BOUCHER
ROGER

Do not remove documents from this folder. Prepared for digitization project. Ces documents seront numérisés. Ne pas les déplacer.

OCCUPATIONAL HISTORY FORM

THIS FORM IS TO BE COMPLETED FOR EACH MEMBER OF THE ARMED FORCES. THE INFORMATION SOUGHT IS FOR THE USE OF GENERAL ADVISORY COMMITTEE ON DEMOBILIZATION AND REHABILITATION, A COMMITTEE SET UP BY THE GOVERNMENT OF CANADA TO STUDY PLANS FOR ESTABLISHING IN INDUSTRIAL LIFE THE MEMBERS OF THE ARMED FORCES, AFTER DISCHARGE. ACCURACY AND COMPLETENESS IN ANSWERING WILL BE OF MUCH HELP TO THE COMMITTEE.

PLEASE READ CAREFULLY THE INSTRUCTIONS GIVEN ON THE INSIDE OF COVER BEFORE COMPLETING FORM

PLEASE LEAVE BLANK

Section A—GENERAL INFORMATION

1. (a) Print name in full BOUCHER. Roger. (b) Reg'l. No. D.67461
2. (a) Arm of service Army (b) Unit Regt de Hull. (c) Rank Pte.
3. (a) Date of birth 5 Jun 17. (b) Have you any dependents? Yes. (c) Place of residence at time of enlistment Montreal Que.
4. (a) Place of enlistment Montreal. Que. (b) Date of enlistment 22 Jun 40.

Section B—EDUCATION AND TRAINING

5. (a) State age on finally leaving school 15 (b) Were you attending school or college up to the time of enlistment? No
6. State definitely highest standing reached at public, technical or high school (for instance—"4 years, Public School", "two years, High School", "Junior Matriculation", or "4 years technical course in printing", etc.) 5 Grade.
7. If you attended a university, give name of university and standing or degree secured
8. (a) Did you ever enter upon a trade apprenticeship? No. (b) If so, for what occupation? (c) Did you finish it? (d) If you did not finish it, how long did you serve at it?
9. (a) What languages do you speak fluently? French (b) What languages do you read well? French.

Section C—EMPLOYMENT CONDITION AT TIME OF ENLISTMENT

10. (a) State whether you were WORKING or NOT WORKING at time of enlistment. (Enter here only "Working" or "Not Working", as case may be; particulars are asked for below) Working. (b) At time of enlistment of what trade union or professional society were you a member? None.

Section D—PARTICULARS CONCERNING THOSE WHO WERE UNEMPLOYED AT TIME OF ENLISTMENT

QUESTIONS 11 TO 17 REFER ONLY TO THOSE WHO ANSWER "NOT WORKING" IN QUESTION 10 (a)

11. Had you ever been employed fairly regularly since leaving school?
12. (a) If answer to 11 be "Yes", state exact trade or occupation at which you actually worked (b) State how long you had worked at this trade or occupation
13. If answer to 11 be "No", state exact trade or occupation for which you feel qualified
14. If you had been employed after leaving school, state when you last worked fairly regularly before enlistment
15. Give details of last employer, if any: Name Address
16. Nature of employer's business (for instance, "farmer", or "building contractor", or "boot factory", or "iron foundry", or "retail store", etc.)
17. (a) If your last employment was in a business of your own, state nature and address of business (b) Date of discontinuing it

Section E—PARTICULARS CONCERNING THOSE WHO WERE EMPLOYED AT TIME OF ENLISTMENT

QUESTIONS 18 TO 23 REFER ONLY TO THOSE WHO ANSWER "WORKING" IN QUESTION 10 (a). PLEASE READ THESE QUESTIONS AND REPLY TO THOSE APPLYING TO YOU AT TIME OF ENLISTMENT

IF YOU WERE AN EMPLOYEE WORKING FOR AN EMPLOYER UP TO THE TIME OF ENLISTMENT, PLEASE ANSWER QUESTIONS 18 TO 21

18. Name of employer Various. Address Various.
19. Nature of employer's business (for instance, "farmer", or "building contractor", or "boot factory", or "iron foundry", or "retail store", etc.) Not stated
20. (a) Your specific occupation Odd Jobs. (b) Number of years' experience at this occupation with any employer 3 Yrs.
21. (a) Did your employer promise definitely to give you employment on discharge? No. (b) Did your employer refuse to promise you employment on discharge? No (c) Do you wish to return to your former employment? Undecided.

IF YOU WERE WORKING ON YOUR OWN UP TO THE TIME OF ENLISTMENT, THAT IS TO SAY, OPERATING A FARM, A STORE, AN AGENCY, OR IN PROFESSIONAL PRACTICE, OR AS A PARTNER IN ANY SUCH LINE, PLEASE ANSWER QUESTIONS 22 AND 23

22. (a) State nature of business, or professional practice (b) Where was it located?
23. (a) Number of years engaged in this business (b) Have you made, or will you make plans to return to the same or a similar business on discharge?

Section F—PARTICULARS OF FARMING EXPERIENCE

24. (a) Do you wish to engage in farming after the war? No. (b) Do you feel competent to operate a farm? (c) If so, in what kind of farming? Mixed.
25. (a) Were you born on a farm? (b) How many years' actual farming experience have you had? Ltd. (c) In what provinces did you have experience? Abitibi P.Q.

Section G—MISCELLANEOUS

26. Have you made any arrangements other than indicated above, for re-establishment in civil life after discharge? Undecided.
27. If so, state nature of your plans (for example, do you plan to return to school, or have you been assured of a job, etc.)
28. State any employment preference or ambition you may have, other than indicated elsewhere in this form

DATE 7 Jun 194 3 SIGNATURE Stanley Clift
for Officer i/c Records, C.M.H.Q.

[illegible] ÊTRE REMPLIE ET RENVOYÉE PAR

Formule P. 64

Madame Rose Boucher,
3219, rue Notre-Dame, Est,
Montréal, P.Q.

Prière d'adresser toute communication subséquente à ce sujet au:

DIRECTEUR DES SUCCESSIONS,
MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE,
OTTAWA, ONTARIO

et de citer le numéro suivant:

Q.G. 405-B-31,269 FD.176

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE
DIVISION DES SUCCESSIONS
OTTAWA, ONTARIO

26 octobre 1944

Afin de les consigner dans nos dossiers et au cas où il y aurait une succession militaire à distribuer (conformément à la loi) au nom de feu

BOUCHER, Roger, Soldat,

D.57461, Armée Canadienne.

CANADA
BRANCH
OCT 31 1944
H.Q.
OTTAWA
NATIONAL DEFENCE

il est nécessaire que les renseignements voulus concernant le défunt et les membres de sa famille soient fournis à la Division des successions. Vous êtes donc prié de lire le mémorandum ci-inclus avant de remplir les pages 2 et 3 de cette formule. Les détails exigés doivent être inscrits comme il faut et la déclaration à la page 4 doit être ensuite signée en présence d'un pasteur, prêtre, magistrat de la localité, commissaire instrumentaire, notaire public, ou officier de l'une quelconque des forces de Sa Majesté, que l'on priera de compléter et signer le certificat. Cette formule doit être ensuite renvoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Si l'espace destiné aux questions des pages 2 et 3 de cette formule n'est pas suffisant pour donner tous les détails, il faudra alors se servir de l'espace réservé aux "remarques supplémentaires", à la page 4.

OG/GC

pour Le directeur des successions,

M.F.W. 77a (French)
3M—10-44 (5704)
H.Q. 1772-39-972

RÉPONDRE AU LONG À TOUTES LES QUESTIONS APPLICABLES

ÉTAT des noms, âges et adresses, ou dates de décès, de tous les parents du défunt, à chacun des degrés spécifiés ci-dessous.

Degrés de parenté	PARENTS à signaler	TÉMOIGNAGE DU DÉCLARANT — NOM ET PRÉNOMS de tout parent de chacun des degrés mentionnés	Age	ADRESSE AU LONG de chaque parent survivant, en regard de son nom, et date du décès de tout parent décédé
1	Veuve du défunt.....			
2	Enfants du défunt et dates de naissance.....			
3	Père du défunt.....	William Boucher	53	Adresse inconnue
4	Mère du défunt.....	Rose Boucher	46	3219 R. Dame, Est. Montreal
5	Frères du défunt — Frères germains	X		
	Frères du défunt — Demi-frères	X Soldat R. Isabelle D'57442		Overseas
6	Sœurs du défunt — Sœurs germaines	X		
	Sœurs du défunt — Demi-sœurs	X		
7	Noms des frères ou sœurs (germains ou non) du défunt, *qui sont décédés*, et date de décès de chacun d'eux	Noms et âges de leurs enfants (le cas échéant)		Adresse de leurs enfants

RÉPONDRE AU LONG À TOUTES LES QUESTIONS SUR CETTE PAGE

DÉTAILS D'IDENTITÉ

8	Nom et prénoms du défunt.	Roger Boucher
9	Date de sa naissance.	5 Juin 1917
10	Lieu et date de son mariage.	—
11	Lieu et date du mariage de ses parents.	8 septembre 1918 Montréal

DÉTAILS DE DOMICILE

12	Lieu où le défunt est né.	Montréal
13	Indiquer, par ordre, la province, l'état et/ou le comté où le défunt a résidé avant son engagement, et la durée dans chaque cas.	(a) (b) (c) (d) Montréal
14	Nature de son emploi avant son enrôlement.	Journalier
15	Indiquer s'il était propriétaire de la maison où il demeurait. Le cas échéant, à quel endroit?	X
16	Indiquer le lieu où le défunt entendait vivre d'une façon permanente.	Montréal avec sa mère

DÉTAILS DE LA SUCCESSION

17	A-t-il laissé un testament? Si vous en avez la garde, veuillez nous le transmettre.	non
18	Si le défunt était marié et domicilié dans la province de Québec ou dans un état des États-Unis d'Amérique ou dans un pays où il existe communauté de biens entre les époux, existait-il un contrat se rapportant à la propriété?	non
19	Avait-il un compte d'épargne dans une banque, un bureau de poste ou autre institution? Le cas échéant, donner le nom et l'adresse de la banque, etc., et le montant déposé. Désirez-vous qu'il soit administré avec le compte de solde?	non
20	Montant des certificats d'épargne de guerre que possédait le défunt. Indiquer l'endroit où ils se trouvent.	non
21	Montant des bons de la victoire que possédait le défunt. Indiquer s'ils sont enregistrés ou payables au porteur, ainsi que l'endroit où ils se trouvent.	non
22	Si le défunt possédait des polices d'assurance-vie, donner les noms des compagnies et la somme payable en vertu de chacune des polices, ainsi que le nom de la personne qui y est nommée bénéficiaire.	non
23	Décrire les autres valeurs, le cas échéant, et en donner le montant approximatif. Se servir de l'espace à la page 4, au besoin.	non

AUTRES DÉTAILS

24	Après son engagement, le défunt avait-il contracté des dettes: (a) pour ses propres logement et pension pendant qu'il était dans les forces armées. (b) pour habits et équipement militaires. Un état détaillé de chacun de ces comptes doit être annexé à cette formule et, s'ils sont exacts, veuillez y inscrire "approuvé" et signer votre nom. Si vous les croyez inexacts, donnez des détails.	non
25	Est-ce que les frais funéraires ont été payés, entièrement ou en partie, par vous-même ou un autre parent? Le cas échéant, annexez des états détaillés indiquant les montants payés, et par qui.	aucune funérailles j'attends recevoir l'argent pour ses funérailles.

(REMARQUE:—Le gouvernement paye les frais funéraires, jusqu'à concurrence de montants déterminés par les règlements, lorsque le militaire est décédé et inhumé outre-mer, de même lorsqu'il est décédé et inhumé au Canada ou ailleurs en Amérique du Nord; si un parent a déjà payé les frais funéraires, ceux-ci lui seront remboursés par le gouvernement jusqu'à concurrence du montant fixé par les règlements. Cependant, si les frais excèdent ce montant, la différence ne sera pas payée par le gouvernement ni ne sera à la charge de la succession militaire du défunt.)

(VOIR AU VERSO)

DÉCLARATION

*Insérez le degré de parenté, par exemple: "veuve", "père", "frère", etc.

Je, soussigné, déclare que tous les renseignements contenus dans cette formule sont exacts et constituent une liste fidèle et complète de tous les parents que le défunt ait jamais eus aux degrés signalés; et que je suis le/la* mère du défunt.

N.B.—A être signée au long en présence d'un pasteur, prêtre, magistrat de la localité, commissaire, notaire public ou officier de l'une quelconque des forces de Sa Majesté.

Rose Boucher — Signature du déclarant

3219 Notre Dame Est Montreal — Adresse

CERTIFICAT

Je, soussigné, certifie que, autant que je sache Mde Rose Boucher — Nom du déclarant

*Voir plus haut

est le/la* mère du défunt ci-dessus décrit. La déclaration ci-dessus a été faite par le déclarant et signée en ma présence.

Daté à Montreal ce 30 jour de Octobre 1944

Signature du pasteur, prêtre, magistrat, commissaire, notaire public ou officier de l'une quelconque des forces de Sa Majesté.

Ubald Lamarche — Titre Juge de Paix

Adresse 1411 Plessis Montreal

REMARQUE.—Avant d'accorder le certificat qui précède, il faut veiller à ce que le déclarant donne des détails concernant le décès de tout parent qu'il déclare être décédé et que les nom et prénoms, ainsi que l'adresse et l'âge de chaque parent survivant visé soient inscrits à l'endroit voulu dans la déclaration qui est vis-à-vis.

(Si le défunt n'a aucun parent vivant des degrés signalés à la page 2, il faudrait donner ci-après les noms et adresses, et le degré de parenté, d'autres parents.)

SE SERVIR DE L'ESPACE CI-DESSOUS SI VOUS DÉSIREZ FAIRE DES REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES.

Monsieur

Mon chèque a été coupé d'un certain montant et que j'en ai vraiment besoin Car Mon garçon est mon seul soutient j'en dépend seulement que à lui Car je ne peux travailler car je suis vraiment pas en santé car j'ai un défaut à mes yeux - que je suis aveugle du joint que je ne suis pas capable de gagner ma vie. Prenez en considération que mes deux fils aux armées de l'armée était mes seul soutient.

Je serais bien reconnaissante si vous pourriez faire quelque chose pour moi

Mde Rose Boucher

Received..... Checked..... Card..... Observations.....

Doit être remplie en triplicata, désignant chaque exemplaire en biffant les deux termes inutiles.
To be completed in triplicate. Copy designation to be shown by striking out terms not applicable.

M.F.M. 2 Fr.
A.F.B. 271
120 M—8-39 (1696)
H.Q. 1772-45-18

Unité Reg de Mais Matricule D57461
Unit Regimental Number

Original
Duplicata
Triplicata

ARMÉE ACTIVE DU CANADA
CANADIAN ACTIVE SERVICE FORCE
FORMULE D'ENRÔLEMENT
ATTESTATION PAPER

Original
Duplicate
Triplicate

WSG PTE COMPLETED

1. Nom (Surname) Boucher
2. Prénoms (Christian Names) Roger
3. Adresse actuelle (Present Address) 1456 Craig St. E. Montreal.
4. Date de naissance (Date of birth) 5-6- 1917
5. Lieu de naissance (Place of birth) Canada (Pays)—(Country) Quebec (Comté ou province)—(County or Province) Montreal (Ville ou canton)—(Town or Twp.)
6. Religion (State denomination) R.C.
7. Métier ou profession (Trade or Calling) Journalier
8. Marié, veuf ou célibataire (Married, Widower or Single) celibataire
9. Nom du plus proche parent (Name of next of kin) ~~Adelard~~ Boucher
10. Parenté de celui-ci (Relationship) ~~Frere~~ See Change
11. Adresse du plus proche parent (Address of next of kin) ~~600 E., rue Sanguinet, Montreal~~
12. Avez-vous servi dans les forces navales, militaires ou aériennes? (Have you served in any Naval, Military or Air Force?) N-A
13. Si vous avez accompli du service de guerre antérieur, spécifiez l'arme, la force et les détails régimentaires (If previous war service, state arm, force and regimental particulars) N-A
14. Faites-vous actuellement partie de la milice active du Canada ou avez-vous déjà servi dans cette force? (Do you now belong to or have you served in the Active Militia of Canada?) N-A

(Indiquez l'unité et la date de l'enrôlement)
(Give unit and date of attestation)

DÉCLARATION FAITE PAR L'HOMME LORS DE L'ENRÔLEMENT
DECLARATION TO BE MADE BY MAN ON ATTESTATION

Je, soussigné, Roger Boucher, déclare solennellement que les renseignements ci-dessous mentionnés sont vrais et je m'engage, par les présentes, à servir dans l'armée active du Canada, tant qu'il existera ou que l'on aura à craindre une guerre, une invasion, une émeute ou une insurrection, aussi bien que pour la période de démobilisation après que la dite crise aura cessé, et, en tout cas, pour une période d'au moins un an, si Sa Majesté requiert mes services.

Date 22-6-40 Roger Boucher
(Signature de la recrue)

SERMENT PRÊTÉ PAR LA RECRUE LORS DE L'ENRÔLEMENT
OATH TO BE TAKEN BY MAN ON ATTESTATION

Je, Roger Boucher, promets sincèrement et jure (ou déclare solennellement) que je serai fidèle et porterai sincère allégeance à Sa Majesté.

Roger Boucher
(Signature de la recrue)

CERTIFICAT DU MAGISTRAT, DU JUGE DE PAIX OU DE L'OFFICIER QUI FAIT PRÊTER LE SERMENT
CERTIFICATE OF MAGISTRATE, JUSTICE OF THE PEACE OR ATTESTING OFFICER

J'ai averti l'homme susnommé que s'il répondait inexactement à l'une quelconque des questions précédentes, il serait passible de punition, tel que prévu par la loi.

Les questions et les réponses ci-dessus lui furent ensuite lues en ma présence.

Je me suis assuré qu'il comprenait chaque question et que sa réponse à chacune d'elles a été dûment inscrite telle qu'il l'a donnée, et il a fait et signé la déclaration ci-dessus et a prêté serment devant moi,

à Montréal ce 22e jour de Juin 1940

(Signature du magistrat, du juge de paix ou de l'officier qui fait prêter le serment)

(Titre, grade et unité ou emploi)

N.B. On désire attirer l'attention sur le fait que toute personne qui répond inexactement à l'une quelconque des questions ci-dessus est passible d'un emprisonnement de six mois.

Attention is drawn to the fact that any person making a false answer to any of the above questions is liable to a penalty of six months' imprisonment

ENGAGEMENT COMPLETED

OCCUPATIONAL HISTORY FORM COMPLETED

État de service de / Record of Service of **Boucher - Roger** (Nom—Surname) (Prénoms—Christian Names)

Matricule / Regimental Number **D-57461**

APTITUDES
Qualifications

Militaires / Military: **N. A.**

Professionnelles ou commerciales / Business or Professional: **Journalier**

Civiles ou de métier / Trade or Civil: **N. A.**

Techniques / Technical: **N. A.**

Langues / Languages: **Français**

QUALITÉS ÉDUCATIONNELLES
Educational qualifications

Académies / High School or Collegiate: **N. A.** (années complétées—years completed)

Graduation ou (or) Immatriculation / Matriculation: **Jane** (Spécifier—Specify)

*Collège: **École**

*Université / University: **N. A.**

*(Mentionnez le nom de l'institution, les années ou cours complétés et les diplômes obtenus)
(Name of institution, courses or years completed, and degrees obtained to be shown)

Toutes les recrues enrôlées le seront comme simples soldats, la nomination ou la promotion à un grade supérieur devant être indiquée dans l'espace ci-dessous prévu à cette fin
All enlisted personnel will be taken on as Private soldiers, appointments and promotions to higher rank to be shown as provided in the space below.

Rapport — Report: Date	Rapport — Report: Reçu de — From whom received	État des promotions, rétrogradations, mutations et permutations, maladies ou blessures rapports, etc., à compter de la date de son enrôlement dans les troupes de campagne — Record of Promotions, Reductions, Transfers, Casualties, Reports, etc. from date taken on strength of Field Force	Grade indiqué — Rank shown	Prenant date le — Effective date	Unité — Unit	Endroit — Place	Autorisation — Authority: N°, Partie II, Ordres du jour. Liste des morts et blessés, etc. — Part II D.O. No. Cas. List, etc.	Autorisation — Authority: Daté le — Dated
26/6/40	Civil	Affecté lors de son enrôlement / Joined on enlistment — T.O.S Regimental Depot Ptc		22/6/40	R. de M.	Montreal	136	26-6-40
26-6-40		S.O.S Regt'l. Depot on transfer to R. de M. M.D 5	"	27-6-40	"	"	136	26-6-40
28-6-40		Pris sur l'effectif sur transfert du Dépot regimentaire et detaille au Ren.	"	28-6-40	R de M. C.A.S.F.	Valcartier	160-1	28-6-40
24-8-40		Embarcation H.M.T. Halifax	"	24-8-40	"	On Board. E 61	39	8 May 41 24-8-40
5-9-40		TOS CASF (OVerseas) on transfer on 25-8-40 and disembarked at Greenock Scotland on	"	5-9-40	"	Aldershort Eng.		5-9-40
8-9-40		Is posted to "D" Coy.	"	8-9-40	"	"	220-1	8-9-40

Pour les entrées supplémentaires, se servir de M.F.M. 1 et 2 (a) (Fr.)
For additional entries use M.F.M. 1 and 2 (a) (Fr.)

RECEVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UNE PENSION OU UNE COMPENSATION POUR INVALIDITÉ. SI OUI, DONNEZ DÉTAILS.

Nom en entier
Name in full

PARTIE
Part 1.

1. Age 23

a. Rhumatisme
Rheumatism

b. Tuberculose
Tuberculosis

c. Bronchite ou
Bronchitis or asth

d. Affection car
Heart disease

e. Maladie du
Kidney or bladder

f. Gastrite inte
Gastro-intestinal

g. Hernie
Rupture

h. Varices
Varicose veins

i. Pieds plats o
Flat or deformed

Observations de
Examiners remarks re

reflex

PARTIE
Part 2.

1. Marques ou
Identification m

2. Taille 5
Height

4. Teint
Complexion

6. Tour de poi
Chest measurem

7. Vue, œil dr
Vision, right

9. Condition d
Condition of mo

10. Les anorma
The abnormaliti

PARTIE
de la partie 1,
aux instruction

et il peut être

Observations s
Special remarks wher

Date

26-6-40
25-7-40
21-8-40
1-9-40

no

CERTIFICAT DE L'EXAMEN MÉDICAL
CERTIFICATE OF MEDICAL EXAMINATION

Nom en entier (Name in full) Boucher Roger Date 19-6-40

PARTIE 1. Renseignements obtenus de la recrue.
Part 1. Information obtained from the applicant.

1. Age 23

2. Avez-vous déjà souffert de l'une quelconque des maladies suivantes?
Have you ever suffered from any of the following diseases?

a. Rhumatisme (Rheumatism) no
b. Tuberculose (Tuberculosis) no
c. Bronchite ou asthme (Bronchitis or asthma) no
d. Affection cardiaque (Heart disease) no
e. Maladie du rein ou de la vessie (Kidney or bladder disease) no
f. Gastrite intestinale (Gastro-intestinal) no
g. Hernie (Rupture) no
h. Varices (Varicose veins) no
i. Pieds plats ou déformés (Flat or deformed feet) no
j. Affection nasale (Nasal trouble) no
k. Maladies des oreilles (Ear disease) no
l. Maladie des yeux (Eye disease) no
m. Epilepsie (Epilepsy) no
n. Maladie nerveuse ou mentale (Nervous or mental disease) no
o. Syphilis no
p. Gonorrhée (Gonorrhœa) no
q. Avez-vous déjà porté des verres? (Have you ever worn glasses?) no

Roger Boucher
(Signature de la recrue)—(Signature of recruit)

Observations des examinateurs (Examiners remarks re above) Ears normal color vision (ishhara) CN A. Delahaye Capt

reflexes normal.

urine N
X ray - N

PARTIE 2. Renseignements obtenus par l'examen médical. La recrue doit être déshabillée.
Part 2. Information obtained by medical examination. The recruit must be stripped.

1. Marques ou cicatrices d'identification (si celles-ci sont opératoires, obtenir les détails)
Identification marks or scars (If operative obtain history).
1. vacc left arm scar right side neck

2. Taille (Height) 5 pieds (feet) 6¼ pouces (inches).
3. Poids (Weight) 122 livres (pounds)
4. Teint (Complexion) med Yeux (Eyes) brown Cheveux (Hair) black
5. Développement (Development) good (Bon—Good / Passable—Fair / Médiocre—Poor)
6. Tour de poitrine—Circonférence, pleine expansion (Chest measurement—Girth on full expansion) 33 pouces (inches) Degré d'expansion (Range of expansion) 3 pouces
7. Vue, œil droit (Vision, right) 20-20 œil gauche (left) 20-20
8. Ouïe, oreille droite (Hearing, right) wv 20 gauche (left) wv 20
9. Condition de la bouche et des dents (Condition of mouth and teeth) multiple caries
10. Les anormalités (congénitales et pathologiques) constatées lors de l'examen sont les suivantes:
The abnormalities (congenital and pathological) found on examination are as follows:

PARTIE 3. Nous, les examinateurs, ne trouvons aucune trace des maladies énumérées dans la question 2 de la partie 1, sauf tel que mentionné dans les observations. Nous avons examiné la recrue conformément aux instructions de la brochure "Physical Standards and Instructions for the medical examination of Recruits",

et il peut être classé dans la catégorie A

Observations spéciales lorsque la catégorie est inférieure à A
Special remarks when category lower than A

J. H. Beaubien Lt-Col (Président)—(President)
A. M. Bazin Lt (Membre)—(Membre)
Clerk (Membre)—(Member)

no

VACCINATIONS, INOCULATIONS, COMMISSIONS, RECLASSIFICATION DE LA CATÉGORIE MÉDICALE
VACCINATIONS, INOCULATIONS, BOARDS, RECLASSIFICATION OF MEDICAL CATEGORY

Date	Détails succints et signature / Brief details and signature	Date	Détails succints et signature / Brief details and signature
26-6-40	T.H.B.	23.7.41	TABT.
25-7-40	T.H.B. G. J. Bucknell capt	2 May 42	TABT ½
2.8.40			
25-7-40	Tetanus G.J.B.		
21.8.40			
15.8.40	vaccin G.J.B.		

TAILS...

RECEVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UNE PENSION OU UNE COMPENSATION POUR INVALIDITÉ, SI OUI, DONNEZ DÉTAILS...

Pour les entrées supplémentaires, se servir de M.F.M. 1 et 2 (a) (Fr.)
For additional entries use M.F.M. 1 and 2 (a) (Fr.)

Matricule..... Grade..... Nom..... Prénoms.....
Regtl. No. Rank Surname Christian Name

Garnison — Station	Date d'arrivée à la garnison — Date of Arrival at the Station	Date de — Dates of: L'admission à l'hôpital — Admission into Hospital: Jour — Day	Mois — Month	Année — Year	La sortie de l'hôpital — Discharge from Hospital: Jour — Day	Mois — Month	Année — Year	Maladie — Disease	Nombre de jours à l'hôpital — Number of days in hospital	Détails sur la nature et l'origine de la maladie; dire si elle était bénigne ou grave, si elle est entièrement guérie, et si un traitement spécial a été adopté. Dans le cas des maladies vénériennes, mentionner la nature de la maladie première et dire si on a prescrit le mercure. Si la maladie est accidentelle, spécifier si elle fut contractée en service et si un conseil d'enquête a été tenu. Détails et dates au sujet des fausses dents et des appareils chirurgicaux fournis. — Remarks on nature of the disease; how induced; if mild or severe; if completely recovered; whether any particular treatment was adopted. In venereal cases state nature of primary disease, and whether mercury has been given. If an accident, state whether it occurred on duty and whether a Court of inquiry was held. Date of issue and particulars of artificial teeth or surgical appliances supplied	Signature du médecin — Signature of Medical Officer

Pour les entrées supplémentaires, se servir de **M.F.M. 1 et 2 (b) (Fr.)**
For additional entries use M.F.M. 1 and 2 (b) (Fr.)

5/7B CFA 187
40/I & S/2180 (7060)

CANADIAN MILITARY HEADQUARTERS

ESTATES BRANCH
INVENTORY

of personal effects received by
Casualty Section, No. 1 CKSD

No., RANK and NAME ..... D-57461 Pte Boucher R. (Deceased) .....

RECEIVED FROM ..... 2nd Echelon 21 Army Group .....

CHECKED BY ..... C-5591 Pte Patterson L.K. ..... DATE ..... 6 March 45 .....

AND ..... M-16018 Pte Murdoch W.J. .....

1	Note Book		
1	Letter		
1	Photo		
1	Rule		
1	Photo Album		
	Photos		
	FURTHER EFFECTS TO CANADA		

ORIGINAL, DUPLICATE, TRIPLICATE } To Officer i/c Estates with original inventory, if any.

QUADRUPLICATE—with effects.

S/K Patterson

.....
for OC 1 Cdn KSD

ENDORSEMENTS

DEBITS AND/OR CREDITS SUBSEQUENT TO ISSUE OF L P C

Prior to compilation of statement below

Date	Unit	Payments	Amount Dr		Amount Cr		Paymaster's Signature
		Balance from L P C					

Explanation of Debit Balance :-

STATEMENT OF ACCOUNT

Date		Particulars	Dr		Cr	
		Balance as shown above				
		Pay and Allowances from ..... to				
		Assigned Pay months of				
		Civilian Clothing Allowance				
		Boat Expense Money				
		Train Expense Money				
		Miscellaneous Debits (give details)				
		Miscellaneous Credits (give details)				
		TOTAL				

DEBITS AND/OR CREDITS SUBSEQUENT TO COMPILATION OF ABOVE STATEMENT

Date	Unit	Particulars	Dr	Cr	Signature of Paying Officer

Place of Embarkation .....

Date of Embarkation .....

Place of Disembarkation ..... HM Transport .....

Date of Disembarkation .....

MFM [illegible]10
40/P[illegible] S/254 (3444)

CANADIAN ACTIVE SERVICE FORCE
OVERSEAS
LAST PAY CERTIFICATE
(All Ranks)

District.....

Dispersal Area.....

Regtl No. D.57461. Rank and Name Boucher. R. Pte.

of (Unit).....on.....

(Transfer or Discharge).....to.....on 13th Aug 19 44.

Reason Death Authority : C.C.L. "A" 482 d/ 25th Aug 44.

The following is a statement of the account of the above-named from 1st Aug to 31st Aug 19 44. the inclusive date of transfer or discharge.

Dr				Cr		
Particulars	Amount			Particulars	Amount	
Balance Dr from last account				Balance Cr from last account ✓	50	52
First Monthly Payment AR 29 d/14.8.44	4	47		Regimental Pay 31days @ $ 1.50	46	50
Casual Payments				Tradesmen's Pay.....days at.....$		
Payments on Transfer or Discharge				Additional Pay (Give particulars)..... .....days at.....$		
Assigned Pay	20	00				
Regimental Charges				Allowances (Give particulars).....days at.....$		
Public Stoppages (Give particulars) :						
To Balance Cr Free	72	55.				
To Balance Cr Deferred				By Balance Dr		
Total	97	02		Total	97	02

BALANCE GIVEN IS SUBJECT TO ANY CHARGES AND/OR CREDITS ENDORSED ON THE REVERSE HEREOF

Remarks :

Assigned Pay of $ 20.00 (M) Stopped eff. 1st Sept 44. ✓

Assigned Pay of $ 8.40 (6 VL) cancelled eff. 1st May 44. The amount re-credited is included in Bal. B/F. 1st Aug 44. ✓

Compiled by J.R.Murray

Checked by B.M.Wadsworth

Date 30th Februar 1945.

Certified correct D. A Fowler
for Chief Treasury Officer, Overseas

M.L.

File No 405-B-31269

R E B U R I A L

NO D-57461

RANK Pte

NAME BOUCHER — R.

NAME OF CEMETERY Bretteville-sur-Laize Canadian Military Cemetery

LOCATION OF CEMETERY Bretteville-sur-Laize, France.

GRAVE LOCATION Grave 10 Row E Plot 12

AUTHORITY 54-27-88-2 Vol. 20

Reburial list

Director of Estates

Regimental No. D57461 Rank Private

BOUCHER ROGER
Surname Christian Names

Unit Regiment de Maisonneuve (CA).

Date of Death 13-8-44 Place of Death Overseas (France).

In P.64

Next-of-kin Mrs. Rose Boucher Relationship MOTHER

Address 3219 Notre-Dame St., E. Montreal, P.Q.

M.F.M. 5 Copy of M.F.M. 5 herewith.

Will Will d/22-6-40 herewith.

Date 18-10-44

ESTATES BRANCH
OCT 21 1944
H. Q. OTTAWA
NATIONAL DEFENCE

JEC/LH

(C.L. Laurin) Colonel,
Director of Records,
for Adjutant-General.

Lire la formule en entier et les instructions au verso avant de commencer à remplir.

TESTAMENT

M.F.M. 10a
10M—5-40 (4931)
H.Q. 1772—39-1657

(1) Je, Roger Boucher (nom au long), de la Cité (cité, ville, village, paroisse)

Adresse dans la vie civile.

de Montreal, dans le Comté / District de Montreal

Province de Quebec, journalier (occupation civile)

N° Matricule D57461, Unité Reg de Mais révoque par les présentes tous testaments que j'ai pu faire antérieurement et déclare que ceci est mon dernier testament.

Parenté, noms et adresse des bénéficiaires et ce que chacun doit recevoir.

(2) Je lègue à ma mere Mde William Boucher 1456 Craig Est Montreal tous mes biens

Parenté, noms et adresse des bénéficiaires résiduaires.

(3) Je lègue tout le reste de mes biens, tant meubles qu'immeubles, et quels qu'ils soient et où qu'ils soient, à

(4) Je nomme ..... (nom) ..... (adresse)

..... (occupation civile), Exécuteur / Exécutrice de mon présent testament.

EN FOI DE QUOI J'AI SIGNÉ, ce 22ème jour de juin

19 40

Signé et reconnu par le Testateur, en présence de nous, présents en même temps, qui en sa présence et à sa demande, et en présence l'un de l'autre, avons immédiatement signé comme témoins.

Roger Boucher (Signature du soldat)

Signature du premier témoin.

(5) Signature J. J. Vincent

Adresse civile

Occupation civile

Signature du deuxième témoin.

Signature Armand Riopel

Adresse civile 520 Aqueduct

Occupation civile Journalier

(Les bénéficiaires ne peuvent être témoins.)

[VOIR AU VERSO]

INSTRUCTIONS

Si vous avez déjà fait votre testament, ne remplissez pas cette formule, mais mentionnez sur la face, où votre testament pourra être ou à qui il a été confié.

(1) Exemple: Je, Jean-Baptiste Duval, de la cité de Québec, dans le comté de Québec-Centre, Province de Québec, mécanicien, No matricule 1234, Royal 22ième Régiment.

(2) Si vous ne désirez *qu'un seul* bénéficiaire à tous vos biens, remplissez la formule comme dans l'exemple suivant:
"Mon épouse, Marie Duval, 24, rue St-Jean, Québec, P.Q., tous mes biens", et dans ce cas retranchez la clause (3).
Si vous désirez nommer *plus d'un* bénéficiaire, mentionnez dans la clause (2) ce que chacun doit recevoir, ainsi par exemple:
"mon épouse, Marie Duval, 24, rue St-Jean, Québec, P.Q., $..... et mon ménage et mes effets".
"mon frère, Thomas Duval, St-Jean, Comté Iberville, P.Q., $.....".
"ma sœur, Marguerite Duval, 150, rue Wellington, Sherbrooke, P.Q., $.....".
"mon ami, Jean Côté, 150, rue Ste-Catherine E., Montréal, P.Q., $.....".
et tout cadeau personnel que vous désirez faire. Remplissez alors la Clause (3) en ce qui concerne le reste de vos biens.

(3) Si vous voulez léguer le reste de vos biens à une seule personne, remplissez comme dans l'exemple suivant: "mon épouse, Marie Duval, 24, rue St-Jean, Québec, P.Q.". Autre exemple: "mon père, Joseph Duval, et ma mère, Louise Duval, 70, rue Bleury, Montréal, P.Q., en parts égales", ou comme vous le désirez.

(4) Inscrivez le nom de l'exécuteur ou de l'exécutrice, ainsi par exemple: "Jean Caron, 30, rue St-Jean, Québec, P.Q., commis", ou, si c'est une exécutrice, "Jeanne Caron", et donnez l'adresse. Un bénéficiaire désigné dans le testament peut être nommé exécuteur testamentaire. Il est préférable de ne pas nommer comme exécuteur, une personne qui est, ou sera probablement, en service actif.

(5) Le soldat doit dater et signer le testament. Deux témoins doivent signer en présence du soldat, et chaque témoin doit donner son adresse au long, et son occupation civile. Toute personne désignée comme bénéficiaire dans le testament ne peut signer comme témoins. Il est préférable, bien que ce ne soit pas essentiel, que les témoins soient des personnes qui ne sont pas en service actif.

Lorsque le testament sera dûment rempli, il devra être laissé à l'Officier Commandant, qui le transmettra, pour y être mis en sûreté, au bureau des archives.

FORM No. 1

Register No. D-10641

Nominal Roll No. D-243

H.Q. File No. 405-B-31269

To: P.M.G.

CANADIAN ARMY (ACTIVE)

Computation of Service

WAR SERVICE GRANT

Regt. No.	Rank when S.O.S.	Surname	Christian Name in Full
D-57461	PTE	BOUCHER	ROGER

REASON FOR TERMINATION OF SERVICE:

1st Enlistment ..... KILLED IN ACTION ..... CARO ..... ( )

2nd Enlistment ..... CARO ..... ( )

3rd Enlistment ..... CARO ..... ( )

Total Service

1ST ENLISTMENT	2ND ENLISTMENT	3RD ENLISTMENT
T.O.S. 22 JUN 40	T.O.S.	T.O.S.
S.O.S. 13 AUG 44 MD 015	S.O.S. MD	S.O.S. MD
Total Days 1514	Total Days	Total Days

Total Service ..... 1514 ..... DAYS

——	Total Service	Less Non-qualifying Service	Net Service
Western Hemisphere	64	-	64
Overseas Service	1450	15	1435
Totals	1514	15	
Add Non-qualifying Service			15
Total Service			1514

EMBARKATION DETAILS:

1. Date S.O.S. Overseas ..... 13 AUG 44 ..... 2. Date S.O.S. Overseas .....

REMARKS:

KILLED IN ACTION
13 AUG 44

Computer's Signature .....

Checker's Signature .....

Date Computed ..... 11 Aug 45 .....

All does, shows above date T.O.S.

CERTIFIED that entitlement to benefits under the War Service Grants Act, 1944, has been established, based on service shown herein.

W/O Leng, Capt.

C. L. LAURIN,
Colonel,
DIRECTOR OF RECORDS.

500M—11-44 (6012)
H.Q. 1772-45-8

Details of Non-Qualifying Service

Western Hemisphere—

Forfeits for	From	To	Effective Date	Days	Total

Doit être fait en double exemplaire

M.F.M. 5 (Fr.)
30M — 3-40(4227-8)
H.Q. 1772-39-1651

DÉTAILS SUR LA FAMILLE D'UN OFFICIER OU SOLDAT DE L'ARMÉE ACTIVE DU CANADA, OU D'UN OFFICIER OU AVIATEUR DU CORPS D'AVIATION ROYAL CANADIEN (RÉSERVE SPÉCIALE)

INSTRUCTIONS:

(*a*) Cette formule doit être remplie dès qu'un officier ou un soldat est nommé ou enrôlé dans l'armée active du Canada ou qu'un officier ou aviateur est nommé ou enrôlé dans le Corps d'aviation royal canadien (Réserve spéciale).

(*b*) Il faut répondre à toutes les questions, et donner tous les détails nécessaires.

(*c*) Les deux exemplaires de la formule visant chaque officier, ou soldat ou aviateur doivent être envoyés par le commandant de l'unité au payeur ou à l'officier qui le remplace. Ce dernier enverra un exemplaire au Chef des Archives du quartier général de la Défense nationale, Ottawa, par l'intermédiaire du payeur du district, de la région ou du camp. L'autre exemplaire sera retenu par le payeur de l'unité. En cas de mutation, cet exemplaire sera transmis au payeur de la nouvelle unité où l'intéressé aura été versé.

---

(1) Nom de l'officier, ou soldat, ou aviateur ..... BOUCHER ROGER
(Nom et prénoms en entier et en lettres moulées)

(2) Matricule et grade ..... D57461 Pte

(3) Unité ..... Le Reg de Mais 6 a I F.

(4) Êtes-vous marié? ..... na

(5) Si oui, donnez

(*a*) le nom entier de votre épouse ..... na

(*b*) l'adresse postale actuelle de votre épouse ..... na

(6) Si vous êtes marié, avez-vous toujours fait vivre votre épouse? ..... na

Sinon, donnez-en les raisons ..... na

.....

(7) Êtes-vous veuf? ..... na

(8) Avez-vous des enfants? ..... na

Si oui, indiquez le nombre de garçons et de filles ..... na

Donnez aussi leurs noms et leurs âges ..... na

(9) Si une allocation familiale est réclamée pour les enfants, dites si vous avez pourvu régulièrement à leurs besoins ..... na

Donnez les détails quant au tuteur auquel l'allocation familiale doit être payée, si elle est autorisée.

Nom ..... na

Adresse postale ..... na

(VOIR AU VERSO)

(10) Vivez-vous en union libre avec une femme — que vous avez constamment fait vivre et reconnue publiquement comme votre épouse pendant au moins deux ans à venir jusqu'à votre enrôlement? N O

Dans l'affirmative, donnez son nom en entier et son adresse postale N O

(11) Est-ce que votre père vit encore? Oui

Si oui, donnez son nom, son adresse et son emploi William Boucher rue Sanguinet Montreal

(12) Si votre père est veuf et complètement incapable de gagner sa vie, êtes-vous son soutien unique ou partiel? N O

(13) Si vous êtes le soutien unique ou partiel de votre père qui est veuf et totalement incapable de gagner sa vie, dites quel montant par mois vous lui donniez avant de faire partie de l'A.A.C. ou du C.A.R.C. (Réserve spéciale) N O

Si vous subveniez partiellement à son entretien, dites aussi pourquoi il n'a pas d'autres moyens de subsistance et pourquoi vous n'assuriez pas entièrement son entretien?

(14) Est-ce que votre mère vit encore? Oui

Dans l'affirmative, donnez son nom et son adresse Mde Rose Isabelle dit Boucher 1456 Craig est Montreal

(15) Si votre mère est veuve, êtes-vous son soutien unique ou partiel? N O

(16) Si vous êtes le soutien unique ou partiel de votre mère veuve, indiquez la somme mensuelle que vous lui donniez avant de faire partie de l'A.A.C. ou du C.A.R.C. (Réserve spéciale). N O Si vous subveniez partiellement à son entretien, dites aussi pourquoi elle n'a pas d'autres moyens de subsistance et pourquoi vous n'assuriez pas entièrement son entretien? N O

(17) Contribuez-vous à l'entretien de personnes à charge, autres que les susnommées? N. O

Si oui, donnez les détails suivants: —

Degré de parenté N O

Nom en entier N O

Adresse postale N O

Montant de la contribution mensuelle au cours des six derniers mois N O

(18) Avez-vous des frères âgés de pas plus de 16 ans ou des sœurs âgées de pas plus de 17 ans dont vous assuriez entièrement l'entretien comme faisant partie réellement de votre maison avant votre nomination ou enrôlement? N O

(19) Êtes-vous assuré? N O

Si oui, dites dans quelle compagnie? N O

(Indiquez le numéro de la police)

Avez-vous pris les dispositions nécessaires pour le paiement de votre prime d'assurance? N O. Sinon, et s'il s'agit d'une prime mensuelle, vous pouvez déléguer le montant de cette prime en plus de toute autre délégation que vous désirez faire, pourvu que la délégation totale ne dépasse pas le montant mensuel maximum qui peut être délégué.

Je certifie par la présente que les renseignements par moi donnés sur cette formule sont exacts sous tous rapports.

Roger Boucher

(Signature de l'officier, soldat, ou aviateur)

MAJOR

Date 22/6/40

O. C. DÉPÔT REGIMENTAIRE

LE REGIMENT DE MAISONNEUVE

Officier Commandant

C. A. S. F.

Date 22/6/40

N.B. — Dans la présente formule l'expression père comprend un père adoptif et l'expression mère comprend une mère adoptive; toutefois, l'expression juste doit être, au besoin, substituée à celle de la formule.

1.50
(18)

NAME Boucher Roger

REGIMENTAL NO D57461 RANK Lt

ENLISTED AT Montreal, Canada PROMOTIONS, ETC. AND DATE

DATE 22 juin 1940 D.O. 133

IF SERVED PREVIOUSLY, STATE UNIT, ETC. n/a

MARRIED, WIDOWER, OR SINGLE single

NEXT OF KIN ~~William Boucher~~ Mrs. Rose RELATIONSHIP ~~father~~ mother

ADDRESS OF ~~100 St. Sacrement St. Montreal, Canada~~ 1002 Sanguinet, Montreal, Canada

ASSIGNMENT OF PAY, $ 20.- C. wef July 1940 - $.40 May to Oct/44 - 6th U.T.
3 1/9 more - Home Sprit Cash - Insc - Oth

ADDRESS ~~1456 rue Mc Craig, Montreal, Canada~~

DEPENDENT'S ALLOWANCE, ENTITLED OR NOT N/A

DATE APPLICATION FORWARDED TO DISTRICT PAYMASTER 26.6.40

IN WHOSE FAVOUR Rose Boucher

M. F. M. 14
50M—1-40 (3878)
H.Q. 1772-39-1662

CASUALTIES, ETC.

NATURE E. G. ABSENCE, PROMOTION, ETC.	PART II, D. O.		REMARKS IF IN HOSPITAL, NOTE NAME, ETC.
	No.	DATE	
Regt. rate pay $1.50 1-1-43	18	29-3-43	
Forfeiture of pay 15 days	52	9-10-43	wef. 25 Sep 43
Privilege Leave	2	20-1-44	from 4-1-44 to 13-1-44.
Edn Vol Serv Medal & Clasp	4	24-1-44	15-1-44
Embk U.K. 5/7/44	38	14-7-44	Disemb France 9-7-44
SOS - Killed in action	CRF81	18/8/44	13/8/44

SERVICE AND CASUALTY FORM

M.F.M. 4 (Part I)
A.F.B. 103 (Part I)
500M—8-39 (1700)
H.Q. 1772-45-18

PART I (For all ranks)

REGIMENT DE MAISONNEUVE C.A.S.F. D/57461

Unit ..... Regimental Number .....

1. Surname: BOUCHER	(17) Regiment or Corps: Regt'l depot — Unit (Battn., etc): R. de M.
2. Christian Names: ROGER	
3. *Substantive Rank and Appointment: —	
*Acting Temporary or Local Rank: —	
giving date: 22/6/40	
*To be entered in pencil to facilitate alteration.	
4. Place of birth: 5/6/17 Montreal P.Q.	(18) Medical
5. Date of birth as declared on attestation: 5/6/17	
(A)	Category: — Date: — Authority: —
6. Date of enlistment: 22/6/40	
7. Place of enlistment: MONTREAL P.Q.	
8. Residence at time of enlistment: 1456 East Craig Mt.	Category: A Date: 19-6-40 Authority: J.H.Baxter Lt.Col
9. (B) Special conditions (if any) of enlistment or rate of pay:	
10. (C) Any subsequent variations of conditions of service:	
11. Religion: C. R.	
12. If married, state date: single	(19) Next of kin (entries to be made in pencil): Mrs R. Boucher, mother 1887 Ste Catherine St East Montreal, Que, Canada
13. Trade on enlistment: journalier	
14. Corps, trade and grade:	
15. (D) Qualifications:	
16. (E) Miscellaneous entries:	(20) E.
	(21) E.
	(22) E.

NOTES—

(A) Here enter particulars of any subsequent claim as to actual age after verification of birth certificate.
(B) Whether for home service only, enlisted at special rates of pay, etc.
(C) If to be retained on home service, period if specified to be stated; also authority and on what grounds: see (A) above.
(D) Signaller, Farrier, etc.
(E) Instructions regarding allotment of these sub-heads will be made as may be necessary after mobilization.

(a) Report — Date	(a) Report — From whom received	(b) Unit	(c) Record of all casualties regarding promotions (acting, temporary, local or substantive), appointments, transfers, postings, attachments, &c., forfeiture of pay, wounds, accidents, admission to and discharge from Hospital, Casualty Clearing Stations, &c. Date of disembarkation and embarkation from a theatre of war (including furlough, &c.) in accordance with para. 2 of Note to Table I of Appendix III of Field Service Regulations, Volume I	(d) Place of Casualty	(e) Date of Casualty	(f) Army rank as at (e)	(g) Army Form or other authority for entry to be shown
		R de M.	On Board.				
24-8-40		C.A.S.F.	Embarcation H.M.T.	E 61	24-8-40	Pte	
5-9-40		"	TOS CASF (Overseas) on transfer on				
			25-8-40 and disembarked at Greenock on		5-9-40	"	219
8-9-40		"	Posted to D Coy.	Aldershot	8-9-40	"	220-1
10-9-40		"	Posted to A Coy.	"	10-9-40	"	222-2
6 Jan 41	3011	"	Granted Privilege Leave from 8 to 15 Jan 41	Eng	8 Jan 41	"	Pt II No 4, d/10 Jan 41
2 Jun 41	OC	"	9 Days Leave (2nd Instalment)	Field	3 Jun 41	"	" 45, 13 Jun 41
25 Oct 41	"	"	7 " " (3rd ") No Warrant	"	28 Oct 41	"	" 70, 4 Nov 41
1 May 42	"	"	7 " " (4th) F.T.W.	"	14 Apr 42	"	" 30 — 5 May 42
17 Aug 42	"	"	7 " " R5	"	11 Aug 42	"	" 52-27 Aug 42
20 " 42	"	"	7 " " R6	"	18 " 42	"	" 52-27 " 42
6 Nov 42	"	"	Change of N-of-K recorded	"		"	" 66-12 Nov 42
23 Nov 42	"	"	7 Days Leave F 4	"	24 Nov 42	"	" 71- 7 Dec 42
26 Mar 43	"	"	Granted Daily Rates of Pay of $ 1.50 per diem	"	1 Jan 43	"	" 18-29 Mar 43
21 Apr 43	"	"	9 Days Furl. Leave	"	6 Apr 43	"	" 23-30 Apr 43
29 Sep 43	"	"	7 days fwf of pay ER&I 1149(2) for Oct 7 days 19 hrs				
			30 mins) Total 8 days pay & R&I (1149(2) Total fwf 15				
			days pay	"	25 Sep 43	"	" 52-9 Oct 43
15 Jan 44	"	"	Awarded Canadian Volunteer Service Medal and Clasp	"	15 Jan 44	"	" 4 — 44
			Embarked U.K. 5 Jul 44. Disembarked France 9 Jul 44.			"	" 38/44
	"	"	SOS Killed in Action	Field	13 Aug 44	-	" 50/44

OFFICIAL CANADIAN ARMY OVERSEAS CASUALTY NOTIFICATION (DEATH)

NUMBER D-57461 RANK Private SERVICE UNIT Regiment de Maisonneuve (CA)

NAME BOUCHER, Roger

DATE OF BIRTH 5-6-17 DATE OF ENLISTMENT 22-6-40

MARITAL STATUS Single RELIGION Roman Catholic

NEXT OF KIN AS SHOWN ON M.F.M. 1, 2 & 5 RELATIONSHIP Mother NAME Mrs. Rose Boucher

ADDRESS 3219 Notre-Dame St.,E. Montreal, P.Q. ADDRESS D.A.B.

ADDITIONAL PERSON TO BE NOTIFIED ADDRESS

PARENTS NAME

ADDRESS (IF SOLDIER MARRIED OVERSEAS)

AUTHORITY CAS. SIG. NO. 9667 H.Q.405-B-31269

CASUALTY DETAILS Killed in action DATE 13-8-44

FRANCE

LAST WILL ATTACHED TO NOTIFICATION TO A. OF E.? MCL YES/NO M.F.M.5. ATTACHED TO NOTIFICATION TO A. OF E.? YES/NO DATE 30-8-44

FORM NO. CAS. 6
25M-4-44 (4184)
H.Q. 1772-39-1989-1990

DIRECTOR OF RECORDS

6

COPY FOR DOCUMENT FILE

13-8-44

AWARDS—CANADIAN ARMY (ACTIVE)

1718 M

500M 1-44 (3467)
H.Q. 1772-45-8

FEB.

FILE NO. 405-B-31269

SURNAME (IN BLOCK LETTERS)	CHRISTIAN NAMES	REG. NO.	RANK ON DISCHARGE	C.A.S.F. UNIT
BOUCHER,	Roger	D.57461	Pte.	Regt.de Mais.

WAR SERVICE BADGE (CLASS) NO. DATE DESPATCHED:

ADDRESS:

CAMPAIGN MEDALS	REGISTRATION NUMBER AND DATE DESPATCHED
1939-45 Star France & Germany Star ~~Defence Medal~~ War Medal C.V.S.M. & Clasp	4398 18.10.44
30 1149 CB7	

(THE REVERSE TO BE USED FOR ESTATE PURPOSES)

MEDALS AND MEMORIALS—DECEASED PERSONNEL

REGISTRATION No. DATE OF DESPATCH

(1) MEDALS
PERSON
ENTITLED TO Mrs. Rose BOUCHER (MOTHER)

ADDRESS: 3219 Notre-Dame St. E.,
MONTREAL, Que.

(2) MEMORIAL CROSS
WIDOW Bar sent to mother at:2293 Prince George,
Montreal, Que.

ADDRESS:

(3) MEMORIAL CROSS
MOTHER Mme. Rose Isabelle-dit-Boucher (FRENCH)

1718 3219 Notre-Dame St., E. Montreal (MFM5.)
ADDRESS:

Redespatched
MEMORIAL BAR
(1) SEP 14 1960
DATE DESP [redacted]
4925
REGN. No. CANCELLED

12 (2) Sep 60

(3) DESP. NOV 13 1944
REGN No. 7018
DESP. NOV 21 1944
REGN No. 2223

UNIT DOCUMENTS DID NOT INCLUDE M.F.M.23 THIS COPY MADE UP FROM
INFORMATION ON SOLDIER'S DOCUMENTS ON FILE IN RECORD OFFICE

M.F.M. 23
150M—5-44 (4470)
H.Q. 1772-39-1677

CANADIAN ARMY

PROCEEDINGS ON DISCHARGE

DECEASED.

Regimental No. D-57461 Rank Private

Surname BOUCHER

Christian names Roger

NOTE.—The name must agree strictly with that on enlistment unless changed subsequently by authority.

Unit or Corps Regt de Mais. Date of Enlistment (CA) 22 Jun 40

Date of Discharge 13 Aug 44 Total Service (CA) ..... yrs. ..... days

Place of Discharge Overseas Military District No.

1. **DESCRIPTION AT DATE OF DISCHARGE**

Age 23 years ..... months

Height 5 feet 6¼ inches

Complexion Medium

Eyes Brown

Hair Black

Descriptive marks:

1 Vacc. left arm. scar rght side neck .

Intended place of residence .....
(Street and Number)

.....
(P.O., City or Town, etc.) (Province)

(To be given as fully as practicable: i.e., mailing address)

2. The above-named is discharged in consequence of "DECEASED" DECEASED.

Authority for discharge .....

(N.B.—The cause of discharge must be worded in accordance with Canadian Army Routine Orders as may be published. If discharged by superior authority, the number and date of the letter to be quoted.)

No reference to Conduct is to be made on the discharge certificate.

3.

(a) Decorations and Gallantry Awards awarded during previous wars. .....

.....

.....

.....

(b) Medals and Decorations earned during the present war. .....

.....

.....

.....

(To be copied by the Commanding Officer on to the Discharge Certificate.)

NOTE:—If not at present entitled to any medals or decorations, leave space blank, do not show "NIL".

---

4. **Certificate to be signed by the Soldier on Discharge**

I hereby acknowledge that I received all my Pay, Allowances, and Clothing, and all just demands, up to the present date, subject to the reservations of the claims noted in para. 6 and that I have received:—

My discharge certificate.
*War Service Badge "General Service Class" No.....
*(Strike out if not applicable).

(Place).....(Signature of Soldier)

(Date).....(Signature of Witness)

When a soldier is absent through illness or any other cause and it is not desirable to forward these proceedings to him for signature, a manuscript copy should be sent for the man to sign, and when returned, should be attached here.

---

5. I have impartially enquired into all matters concerning this discharge brought before me in accordance with Regulations, and the discharge is hereby confirmed.

(Place)..... (*Signature*).....

(Date)..... *Commanding*.....

---

6. **Reservations referred to at Para. 4**

(To be signed by the soldier. When there are none, it is to be stated, and signed by the soldier.)

.....
(Signature of Soldier)

No D. 57461 Rank Private Name BOUCHER, Roger

Unit Regt. de Maisonneuve Date of death 13th August, 1944.

Died at France.

Cause Killed in action.

Death occurred on strength of Forces.H.Q. 405-B-31269

N/K Mrs. Rose Boucher, Relationship Mother

Address ~~3219 Notre-Dame Street E.~~ 10220 Charton St., N., Montreal, P.Q.

Remains buried in Cemetery

MR 063436 Sheet 7F/3 Clair-Tizon South side of Rd.

France

Grave location

CHX ✓

OVER

REBURIAL

Bretteville-sur-Laize Cdn.Mil. Cem.
Bretteville-sur-Laize, France.

Grave 10, row F, plot 12.

Hl & CR Form Despd. OCT 15 1946

Photographs
Despatched
AUG 18 1947

BURIAL REPORT TO N.K. MAR 9 1946

RETURN TO BUR. OF STAT. FEB 23 1945

ROYAL MESSAGE DESP'D. SEP 16 1944

CAN. MESSAGE DESP'D. OCT 12 1944

Mrs. Rose Boucher,
3219 Notre-Dame St. E.,
Montreal, P.Q.

Dear Mrs. Boucher:

It was with deep regret that I learned of the death of your son, D57461 Private Roger Boucher, who gave his life in the Service of his Country in the Western European Theatre of War, on the 13th day of August, 1944.

From official information we have received, your son was killed in action against the enemy. You may be assured that any additional information received will be communicated to you without delay.

The Minister of National Defence and the members of the Army Council have asked me to express to you and your family their sincere sympathy in your bereavement.

We pay tribute to the sacrifice he so bravely made.

Yours sincerely,

(H.F.G. Letson),
Major-General,
Adjutant-General.

MPS

Le 23 Septembre, 1944

Chère madame,

C'est avec un profond regret que j'ai appris le décès de votre fils, le soldat Roger BOUCHER, matricule D-57461, qui a donné sa vie au service de sa patrie sur le théâtre de guerre de l'Europe occidentale le 13 août 1944.

D'après les renseignements officiels que nous avons reçus, votre fils a été tué au combat contre l'ennemi. Vous pouvez compter que sur réception de détails supplémentaires, nous vous en aviserons sans délai.

Le Ministre de la Défense nationale et les membres du Conseil de l'Armée me chargent de vous offrir, à vous-même et à votre famille, leurs sincères condoléances dans votre deuil.

Nous rendons hommage au soldat Boucher pour son vaillant sacrifice.

Votre bien dévoué,

l'adjudant-général,

H. F. G. LETSON
Major - General
Adjutant - General

SEP 21 1944

(H.F.G. Letson),
major-général.

ank

Mme Rose Boucher,
3219 est, rue Notre-Dame,
Montréal, Québec.
/RB

OFFICIAL CANADIAN ARMY OVERSEAS CASUALTY NOTIFICATION (DEATH)

NUMBER D-57461 RANK Private SERVICE UNIT Regiment de Maisonneuve (CA)

NAME BOUCHER, Roger

DATE OF BIRTH 5-6-17 DATE OF ENLISTMENT 22-6-40

MARITAL STATUS Single RELIGION Roman Catholic

NEXT OF KIN AS SHOWN ON M.F.M. 1, 2 & 5 RELATIONSHIP Mother

ADDRESS 3219 Notre-Dame St.,E. Montreal, P.Q.

NAME ADDRESS D.A.B. Mrs. Rose Boucher

ADDITIONAL PERSON TO BE NOTIFIED

ADDRESS

PARENTS NAME

ADDRESS (IF SOLDIER MARRIED OVERSEAS)

AUTHORITY CAS. SIG. NO. 9667 H.Q.405-B-31269

CASUALTY DETAILS Killed in action DATE 13-8-44

FRANCE

LAST WILL ATTACHED TO NOTIFICATION TO A. OF E.? MCL YES/NO

M.F.M.5. ATTACHED TO NOTIFICATION TO A. OF E.? YES/NO DATE 30-8-44

FORM NO. CAS. 6
25M-4-44 (4184)
H.Q. 1772-39-1989-1990

DIRECTOR OF RECORDS

5 COPY FOR C. R. FILE

DISTRIBUTION— 1-CDN. PENSION COMM. 2-CHAIRMAN D.A.B. 3-D.A.B. 4-CHAPLAIN SER. 6-DOC. FILE 7-GRAVES REG. 8-A.B. & C. LISTS.

405-B-31269

FIELD SERVICE

MBR Army Form B. 2090A.

REPORT of Death of an Officer or a Soldier to be forwarded to the War Office with the least possible delay after receipt of notification of death. See Table II, Appendix III, Field Service Regulations, Vol. I.

REGIMENT OR CORPS } R de Mais ..... Squadron, Troop, Battery or Company } .....

Officer's Personal No. (if known) Soldier's Army No. } D-57461 ..... Rank Pte .....

Surname Boucher ..... Christian Names R. .....

Died { Date 13 Aug 44 ..... Place France .....

Cause of Death* K/A .....

Nature and Date of Report A.F.W.3014/93 d.25 Aug 44 .....

By whom made Cdn Sec GHQ 2 Ech 21 A Gp .....

* Specially state if killed in action, or died from wounds received in action, or from illness due to field operations or to fatigue, privation or exposure while on military duty, or from injury while on military duty.

Burial { Place Clair-Tizon South side of Road. ..... Date 15 Aug 44 .....
7 F/3 063436

By whom reported C.F. 11 Cdn Fd Coy R.C.E. .....

State whether he leaves a Will or not { (a) in Army Book 64 No .....

(b) as a separate document Not Received. .....

All private documents and effects received from the front or hospital, as well as A. B. 64, should be examined, and if any will is found it should be at once forwarded to the War Office.

Any report received as to verbal expressions by a deceased officer or soldier of his wishes as to the disposal of his estate should be forwarded to the War Office at once, supported by a certified statement of the person who actually received the information.

In the case of a soldier a duplicate of this report is to be sent to the Paymaster at the Base, together with the deceased's A. B. 64 (after withdrawal of any will from the latter), for transmission to the Paymaster who compiles the soldier's account.

Station and Date } France 10 Sep 44 ..... Signature of Officer in charge of Section Adjutant-General's Office at the Base } W Ramie Lunt .....

for Officer i/c
Cdn Sec GHQ 2 Ech 21 A Gp

Wt. 46939/917 500M. 3/40 M. & S., Ltd. 51-6239

FORM 6

DOMINION BUREAU OF STATISTICS—QUEBEC DEATH TRANSCRIPT

Do not write in this space

1. PLACE OF DEATH — Municipal county: IN THE FIELD (FRANCE) — Official name of civil municipality or township: — Place an X over the word which applies to this municipality or this territory: City | Town | Village | Parish | Township

Street: — No. — Hospital or Institution:

2. LENGTH OF STAY

(a) In hospital or institution	Years	Months	Days	(b) In municipality where death occurred	Years	Months	Days	(c) In Province	Years	Months	Days	(d) In Canada (if immigrant)	Years	Months	Days

3. NAME OF DECEASED

Surname: BOUCHER (Block letters)

Given names: Roger

Do not write in this space

4. RESIDENCE

Street: Craig East No. 1456

Official name of civil municipality or township: Montreal

Municipal county: — Province: Quebec

5. SEX	6. NATIONALITY (Citizenship)	7. RACIAL ORIGIN	8. Single, Married, Widowed or Divorced (*Write the word*)
M			Single

9. If married give name of wife or husband of deceased:

10. BIRTHPLACE (Province or Country): Quebec

11. DATE OF BIRTH: June (Month) 5th (Day) 1917 (Year)

12. AGE OF DECEASED

Years	Months	Days	If less than one day old
27			....hrs. or ....min.

OCCUPATION

13. Trade, profession or kind of work, as **spinner, teamster, office clerk,** etc.: Labourer

14. Kind of industry or business, as **cotton-mill, lumbering, bank,** etc.:

15. Date deceased last worked at this occupation:

16. Total years spent in this occupation:

	17. NAME	18. BIRTHPLACE (Province or Country)
FATHER		
MOTHER (Maiden Name)	Boucher William	

19. Place of burial, cremation or removal: France

20. Date of burial: ....19....

21. PLACE OF REGISTRATION OF THIS BURIAL

(a) Name of parish or church:

(b) Civil municipality of:

(c) Municipal county:

(d) Date: ....19.... (Month) (Day) (Year)

CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

22. Date of death: August (Month) 13th (Day) 19 44 (Year)

23. I HEREBY CERTIFY that I attended deceased from ....19.... to ....19....

and last saw h.... alive on ....19....

24. CAUSE OF DEATH

I

Immediate cause Give disease, injury or complication which caused death, **not** the mode of dying, such as heart failure, asphyxia, asthenia, etc.: (a) Killed in Action due to

Morbid conditions, if any, giving rise to immediate cause (stated in order proceeding backwards from immediate cause): (b) .... due to (c) ....

II

Other morbid conditions (if important) contributing to death but **not causally related to immediate cause.**

III If a communicable disease is mentioned on this certificate, give (a) Date of appearance ....19.... (b) Duration of disease ....days

25. If a woman, was there a puerperal condition?

26. Was there a surgical operation? Date of ....19....

State findings.... Was there an autopsy?

27. If death was due to external causes (violence) fill in also the following:—

Accident, suicide or homicide.... Date ....19....
(State which)

Manner of injury....
(How sustained)

Nature of injury....

Specify whether injury occurred in **industry, in home, or in public place**....

Signed ....M.D.

Address .... **Date** ....19....

28. Signature of person who fills in the form (curate, coroner, hospital authority, etc.)

E. Gauvreau L.D.

This signature authorizes the collector to accept this form as authentic.

29. Name of clergyman in charge of Register of Civil Status in which registration of this burial was made.

(Voir l'autre côté pour le français)

Director of Records, Dept. of National Defence.

OVERSEAS CASUALTY CANADIAN ARMY

FEB 23 1945

FORMULE 6

BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE—COPIE DU BULLETIN DE DÉCÈS—QUÉBEC

N'écrivez pas dans cet espace

1. LIEU DU DÉCÈS — Comté municipal | Nom officiel de la municipalité civile ou du canton | *Apposer un X sur le mot qui s'applique à cette municipalité ou ce territoire* — *Cité* | *Ville* | *Village* | *Paroisse* | *Canton*

Rue | No. | Hôpital ou institution

2. SÉJOUR — (a) dans l'hôpital ou l'institution | *Années* | *Mois* | *Jours* | (b) dans la municipalité du décès | *Années* | *Mois* | *Jours* | (c) dans la province | *Années* | *Mois* | *Jours* | (d) au Canada (s'il s'agit d'un immigré) | *Années* | *Mois* | *Jours*

3. NOM DU DÉFUNT

Nom de famille..... (*Lettres moulées*)

Noms de baptême ou prénoms.....

N'écrivez pas dans cet espace

4. RÉSIDENCE

Rue..... No.....

Nom officiel de la municipalité civile ou du canton.....

Comté municipal..... Province.....

5. SEXE	6. NATIONALITÉ (Citoyenneté)	7. ORIGINE RACIALE	8. Célibataire, marié, veuf ou divorcé (*Ecrire l'un de ces mots*)

9. Si le défunt était marié, nom de son conjoint

10. LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays)

11. DATE DE NAISSANCE..... (jour) (mois) (année)

12. ÂGE DU DÉFUNT	Années	Mois	Jours	Si âgé de moins d'un jour
				.....hrs. ou.....min.

OCCUPATION

13. Métier, profession ou occupation, ex. **tisserand, voiturier, employé de bureau,** etc.....

14. Genre d'industrie ou d'entreprise, tel que **filature de coton, industrie du bois, banque,** etc.....

15. Dernière date à laquelle le défunt vaquait à ce travail

16. Nombre d'années occupées dans cette profession

	17. NOM	18. LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays)
PÈRE		
MÈRE (Nom de fille)		

19. Lieu de l'inhumation, de l'incinération ou destination du transport

20. Date de l'inhumation..... 19.....

21. LIEU DE L'ENREGISTREMENT DE CETTE SÉPULTURE

(a) Nom de la paroisse ou église.....

(b) Municipalité civile de.....

(c) Comté municipal.....

(d) Date..... 19..... (jour) (mois) (année)

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL DE DÉCÈS

22. Date du décès..... 19..... (jour) (mois) (année)

23. JE CERTIFIE PRÉSENTEMENT que j'ai donné mes soins au défunt depuis le

..... 19..... jusqu'au..... 19.....

que je l'ai vu vivant pour la dernière fois le..... 19.....

24. CAUSE DU DÉCÈS

I

Cause immédiate Mentionner la maladie, blessure ou complication, causant la mort, **non pas** son syndrome final, tel: syncope, asphyxie, asthénie, etc. (a)..... dû à

États morbides, s'il y en a, ayant produit la cause immédiate (Les indiquer dans l'ordre chronologique inverse de leur apparition). (b)..... dû à (c).....

II

Autres conditions morbides (importantes seulement) ayant contribué au décès mais n'ayant aucune portée sur la cause immédiate.

.....

.....

III Si une maladie contagieuse est mentionnée à ce certificat, donner (a) Date d'éclosion..... 19..... (b) Durée de la maladie..... jours

25. S'il s'agit d'une femme, y avait-il état puerpéral?.....

26. Y a-t-il eu intervention chirurgicale?..... Date de l'opération..... 19.....

Constatations..... Y a-t-il eu autopsie?.....

27. Dans les cas où le décès est attribuable à des causes extérieures (violence):—

Accident, suicide ou homicide..... Date..... 19..... (Spécifier)

Manière de la blessure..... (Dans quelle circonstance)

Nature de la blessure.....

Indiquer si la blessure a été infligée **au lieu du travail, dans l'habitation ou dans un endroit public**.....

Signature..... **M.D.**

Adresse..... **Date**..... 19.....

28. Signature de la personne qui remplit la formule (vicaire, coroner, autorité d'un hôpital, etc.)

.....

Cette signature autorise le collecteur à accepter la formule comme authentique.

29. Nom du ministre du culte gardien du registre de l'État civil où est inscrit l'acte de cette sépulture.

.....

(For English see other side)

25M-9-44 (5562) (FR.)
H.Q.1064-81-3

COPY 6 ARMEE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE

MARINE ═══ ARMÉE ═══ AVIATION

DÉCLARATION TOUCHANT LA GRATIFICATION DE SERVICE DE GUERRE

NOM du Soldat - Roger (PRÉNOMS) BOUCHER (NOM)

Nom du Paye - Mme. Rose BOUCHER,
ADRESSE 3219 Notre Dame Est.,
Montreal - P.Q.

No DU REGISTRE D-7483
No DU DOSSIER 405-B-31269
DATE 3-5-45
No MATRICULE D-57461
GRADE DÉFINITIF Pte.
DATE DE LIBÉRATION 13-8-44

DATE À LAQUELLE LE SERVICE OUTRE - MER A ÉTÉ TERMINÉ 13-8-44

		$	¢
A. DURÉE TOTALE DU SERVICE DONNANT DROIT À LA GRATIFICATION			
1470 NOMBRE DE JOURS 1499/30 ÉQUIVALANT À 49 PÉRIODES COMPLÈTES @ $7.50		367	50
B. DURÉE DU SERVICE OUTRE-MER DONNANT DROIT À LA GRATIFICATION			
NOMBRE DE JOURS 1435 MOINS 29 JOURS QUI NE SONT PAS ADMISSIBLES ÉQUIVALANT À 1406 JOURS @ 25 CENTS PAR JOUR		351	50
VOIR L'ALINÉA 2 AU VERSO POUR L'EXPLICATION			
	TOTAL	719	00
C. SUPPLÉMENT POUR LE SERVICE OUTRE-MER			
TAUX QUOTIDIENS LORS DE LA LIBÉRATION			
SOLDE	$ 1.50		
INDEMNITÉ DE SUBSISTANCE OU INDEMNITÉ DE VIVRES ET DE LOGEMENT	$ 1.25		
SOLDE SUPPLÉMENTAIRE	$		
	$		
	$		
ALLOCATION FAMILIALE MILITAIRE 1/30 DE $	$		
TOTAL $ 2.75 X7 = $ 19.25			
NOMBRE DE JOURS 1435/183 X$ 19.25		150	95
D. GRATIFICATION DE SERVICE DE GUERRE		869	95
E. DÉDUCTIONS — PAIEMENT EN TROP DE SOLDE ET ALLOCATIONS	$		
ALLOCATION FAMILIALE MILITAIRE ET DÉLÉGATION DE SOLDE	$ 20.00	20	00
AUTRES DÉDUCTIONS	$		
F. MONTANT PAYABLE			
(CE MONTANT EST PAYABLE PAR VERSEMENTS 1 MENSUELS DE $ 849.95 CHACUN)		849	95

RECEIVED
MAY 11 1945
WAR SERVICE
GRATUITY DIVISION,
ARMY TREASURY

LA LOI DE 1944 SUR LES INDEMNITÉS DE SERVICE DE GUERRE PRÉVOIT LE PAIEMENT DE VOTRE CRÉDIT DE RÉADAPTATION AU MONTANT INDIQUÉ DANS LE TOTAL POUR A ET B. CE CRÉDIT PEUT VOUS ÊTRE VERSÉ DANS CERTAINES CIRCONSTANCES. LES DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS À CE SUJET DOIVENT ÊTRE ADRESSÉES AU MINISTÈRE DES AFFAIRES DES ANCIENS COMBATTANTS.

VOIR AU VERSO POUR L'EXPLICATION DES ARTICLES A, B, ET C

G. LE VERSEMENT MENSUEL NE DOIT PAS DÉPASSER — LE TAUX QUOTIDIEN DES SOLDE ET ALLOCATIONS $ X30 $

CERTIFICAT JE CERTIFIE QUE LE MONTANT A ÉTÉ BIEN CALCULÉ ET EST PAYABLE CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DE LA LOI DE 1944 SUR LES INDEMNITÉS DE SERVICE DE GUERRE ET AUX RÈGLEMENTS ÉTABLIS EN VERTU DE LADITE LOI.

PRÉPARÉ PAR	VÉRIFIÉ PAR
KRM	

TRÉSOR — VÉRIFIÉ PAR — DATE 14/5/45

REPRÉSENTANT MILITAIRE

△ TU

EXPLICATION DES ARTICLES A, B ET C

1. La Loi de 1944 sur les indemnités de service de guerre prévoit le paiement de la gratification de service de guerre pour chaque trente jours de service ainsi qu'il suit:

   (i) $7.50 pour le service qui n'est pas classé comme étant du service outre-mer.
   (ii) $15.00 pour le service classé comme étant du service outre-mer.

   En vertu des règlements, quiconque remplit les conditions prescrites a droit à une gratification de $7.50 pour chaque période de trente jours de service accompli, ainsi qu'à une somme supplémentaire de 25 cents pour chaque jour de service outre-mer accompli pendant lesdites périodes. Aucune somme ne peut être versée pour tout jour de service accompli en sus de la dernière période complète de trente jours.

2. Un "jour qui n'est pas admissible" désigne toute journée de service outre-mer accompli après que la dernière période de trente jours a été achevée, pour lequel aucune somme supplémentaire de 25 cents par jour ne peut être versée.

3. De plus, un supplément est payable pour le service classé comme étant du service outre-mer, équivalant à sept jours de solde et allocations, y compris l'allocation familiale militaire et l'indemnité de vivres et de logement ou l'indemnité de subsistance au taux canadien régulier, pour chaque six mois de service outre-mer et, proportionnellement, pour une période de moins de six mois. En vertu des règlements, l'expression "six mois" est censée signifier "183 jours".

4. Afin de calculer les prestations en vertu de ladite Loi, nulle période d'absence sans permission ou de congé sans solde ou de sentence de travaux forcés, d'emprisonnement ou de détention, et nulle période de service durant laquelle la solde est confisquée, ne doit être comprise dans la période de service donnant droit à la gratification.

M.B.M. 1 (partie I) (Fr.)
40/P & S/279

LIVRE DE SERVICE DU SOLDAT

(Le livre de solde du soldat, M.B.M. 1
(partie II), sera délivré pour le service actif)

Toute entrée dans ce livre (autre que celles de la page 24 de cette partie du livre de milice M. 1, ayant trait à la formule abrégée de testament pour l'usage du soldat), doit être faite sous la direction du commandant de la compagnie, de la batterie ou de l'escadron auquel l'homme appartient ou est attaché.

Toute correction faite dans les entrées doit être signée des initiales d'un officier.

INSTRUCTIONS AUX SOLDATS

1. Vous serez tenu **personnellement responsable** du soin de ce livre.

2. Vous devez **toujours porter ce livre sur vous** lorsque vous êtes de service ou en activité de service.

3. Vous devez produire ce livre lorsque vous êtes appelé à le faire par des autorités autorisées telles qu'un officier, un officier à brevet, un sous-officier ou un membre de la police militaire ou civile.

4. Vous ne devez ni changer ni faire aucune entrée dans ce livre (sauf lorsqu'il s'agit de la formule abrégée de testament à la page 24 ; voir les instructions aux pages 20-23), et toute infraction à cet ordre sera considérée comme une offense grave.

5. Si vous croyez qu'une entrée n'a pas été faite ou a été faite incorrectement, ou encore si vous perdez ce livre, vous devez en avertir votre supérieur militaire immédiat.

6. Il vous sera permis de garder ce livre après votre libération comme un état de vos services, mais si, après votre libération, vous le perdez, il ne pourra pas être remplacé.

3

(I) NOM ET DESCRIPTION DU SOLDAT LORS DE L'ENRÔLEMENT

Matricule D-57461

Nom (en majuscles) ..... BOUCHER

Prénoms (en entier) ..... Roger

Date de naissance ..... 5 Janvier 1917

Lieu de naissance ..... Montreal Canada

Métier ou profession lors de l'enrôlement ..... Journalier

Nationalité du père à sa naissance ..... Canadien

Nationalité de la mère à sa naissance ..... Canadienne

Religion ..... R.C.

Enrôlé à ..... Montreal

Date 22-6-40

Détails sur le service antérieur (s'il y a lieu), c.-à-d. matricule, corps, et durée du service. ..... N/A

Signature du soldat .....

Signature de l'officier ..... Raymond Lieut.

Endroit ..... Montreal Que. Date 26.6.40

40/P&S/2438 (5149)

Number D-57461

Name Boucher, R.

Rank Pte Religion R.C.

Arm Infantry

Branch if R.A.; Regt. if Foot Guards or Infantry

NOT to be filled in by Soldier.

Diagnosis .....

Disposal .....

A.F.W3084

Number D-57461

Name Boucher, R.

Rank Pte Religion R.C.

Arm Infantry

Branch if R.A.; Regt. if Foot Guards or Infantry

NOT to be filled in by Soldier.

Diagnosis .....

Disposal .....

Name Boucher, R.

Rank Pte Religion R.C.

Arm Infantry

Branch if R.A.; Regt. if Foot Guards or Infantry

NOT to be filled in by Soldier.

Diagnosis .....

Disposal .....

(II) PLUS PROCHE PARENT VIVANT

Tout changement connu ainsi que la date de ce changement doivent être dûment notés, et le commandant de l'unité doit transmettre ce renseignement à l'officier en charge des archives

NOTE.—Les entrées faites sur ces pages n'ont aucune valeur légale comme TESTAMENT (voir aux pages 20-23)

Degré de parenté le plus rapproché		Nom	Date	Dernière adresse connue au complet
	Epouse			
ler	Enfants			
	Père	Williusse Boucher		1002 Sanguinet Montreal
2e	Mère	Rose) Boucher		1487 St Catherine E. Montreal
3e	*Frères et soeurs			
4e	Autres parents (mentionner la parenté)			

*Spécifier s'il s'agit de frères plus jeunes ou plus âgés.

(III) GRADE et EMPLOI

Date	Grade et emploi	Grade définitif, temporaire, intérimaire ou local (avec ou sans solde)	Autorisé par la Partie II des Ordres du jour	Signature de l'officier
22.6.40	Pte		136	Beaumont Lieut

(V) DÉTAILS DE L'INSTRUCTION

Cours et écoles Spécialités. Natation, etc., faisant connaître les résultats	Date	Signature de l'officier

(VI) COURS DE TIR AVEC ARMES PORTATIVES

Année	Classification	Si le cours de tir n'a pas été complété, spécifier les parties qui ont été exécutées	Signature de l'officier
8/42	Rifle 2nd Class		Maxwell Lieut.
10/42	L.M.G. 2nd Class		Lieut.

(VII) QUALITÉS ÉDUCATIONNELLES

Certificat, spécialités, etc.	Endroit	Date	Signature de l'officier

(VIII) ÉTAT DES MÉTIERS EXERCÉS

(Pour les hommes seulement qui reçoivent la solde d'artisan)

Métier	Groupe	Classe	Observations lors de l'enrôlement, de la reclassification, du changement de métier, etc.	Date	Signature de l'officier

(IX) EMPLOI AU COURS DU SERVICE

Période		Nature de l'emploi	Observations et signature du commandant de la compagnie, etc.
Du	Au		

Doit inclure (1) l'emploi régimentaire, (2) comme artisan, (3) comme spécialiste; ex: signaleur ou mitrailleur

(X) CLASSIFICATION MÉDICALE

Date	Catégorie ou grade	Examinateur médical des recrues, ou autre autorité médicale	Signature du médecin
12-6-40	H	Medical Board Marine X Ray N.	[illegible]

(XI) PRESCRIPTION POUR DES VERRES

	Vision sans verres	Sph.	Cyl.	Axe	Vision avec verres	Centre ophtal.	Date de l'examen
D						No de la monture (ou mesures)	Date à laquelle les verres ont été fournis
G							

Signature du médecin.....

	Vision sans verres	Sph.	Cyl.	Axe	Vision avec verres	Centre ophtal.	Date de l'examen
D						No de la monture (ou mesures)	Date à laquelle les verres ont été fournis
G							

Signature du médecin.....

(XII) DÉTAILS AU SUJET DES FAUSSES DENTS FOURNIES

Détails	Daté	Signature du médecin ou du dentiste
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

(XIII) DÉTAILS AU SUJET DES APPAREILS CHIRURGICAUX FOURNIS

Détails	Date	Signature du médecin
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

(XIV) INOCULATIONS PRÉVENTIVES

Nature du vaccin, "T.A.B.", contre le choléra, la peste, etc.	Date	Signature du médecin
	26-6-40	
T.A.B. 3/	25-7-40	
	2-8-40	
TETHNOS	25-7-40	
	7-3-41	
T.A.B 0.5 cc	14-3-41	
TETANOS III	7-3-41	
T.A.B ½ c.c.	2-5-42	
T.A.B.T ½ c.c.	2-6-43	
TYPHUS ¼ cc	31-12-43	Capelle Capt
TYPHUS ½ cc	14-1-44	Capelle Capt
Typhus 1cc	22-1-44	Vaulerobert Capt
TYPH. 1cc	14/4/44	Vaulerobert Capt

See page 18

(XV) VACCINATION

Date de la vaccination	Signature du médecin
15-8-40	Capelle Capt
17/2/44 Immediate	Vaulerobert Capt

(XVI) ENTRÉES DIVERSES

(Entrées pour lesquelles il n'a pas été prévu d'espace ailleurs)

NOTE.—Les entrées sur cette page n'ont aucune valeur légale comme TESTAMENT

Détails	Date	Signature de l'officier
Q. Card Complete	24-6-42	
Nk. Test. Complete		
Last Paid Leave	3-8-43	
W.W. 9 days Granchester	12-8-43	
Canadian Voluntary		
Service with clasp W.E	13-1-44	Gdd de Grandpré Capt.
9 days paid leave	4-1-44	
W.W. London	13-1-44	A. Maillet Lieut.
Issued with MFM 182	10-7-44	Gdd de Grandpré Capt
Chevrons (1-Silver-2 Red)	22-Jun-43	A. Maillet Lieut
FINGERPRINTED	C.A.I.B.	

Aucune entrée ne doit être faite sur cette page sans des instructions spéciales à cet effet

Détails	Date	Signature de l'officier
T.A.B.T.	3/5/44	Aubrobert Capt

(XVII) TESTAMENTS DES SOLDATS

1. Les détails concernant le plus proche parent doivent toujours être soigneusement entrés dans la formule qui apparaît dans ce livre, mais le soldat doit comprendre que ces entrées ne l'exemptent pas de faire un testament. **Les entrées relatives au plus proche parent** n'ont aucune valeur légale, et, à moins que le soldat ne fasse un testament en bonne et due forme, sa succession sera traitée de la même façon que celle d'un soldat qui meurt intestat, et il se pourrait que la personne à qui celui-ci aurait désiré laisser ses biens reçoive peu ou rien du tout lors de la distribution.

2. Le testament du soldat doit être fait soit sur l'une des formules séparées prévues à cette fin (M.F.M. 10 ou 10a), soit sur la formule abrégée de testament contenue dans ce livre, ou encore sur une feuille de papier détachée. Le testateur doit être âgé de 21 ans à moins qu'il ne soit en service actif ou ne soit appelé en service actif.

3. Les legs faits dans le testament peuvent être variés suivant les circonstances et le désir de chaque soldat, mais celui-ci doit prendre garde de ne rien changer dans la forme d'attestation et les grandes lignes du testament telles que données dans les formules visées au paragraphe 2 ci-dessus.

4. Le testament doit être signé du nom du testateur (qui fait sa marque s'il ne sait pas écrire), en la présence conjointe de deux témoins, et il doit être reconnu, certifié et daté en présence des trois.

5. Toute personne à qui de l'argent, etc., est légué par le testament, ou le mari ou l'épouse de cette personne, ne peut agir comme témoin, car alors le legs ne serait pas valide, mais cette personne peut être nommée exécuteur.

6. Si le testateur se marie après avoir fait son testament, il doit en faire un nouveau vu que, dans certains cas, le testament se trouve révoqué par le mariage ultérieur du testateur.

7. Si une modification quelconque est apportée aux dispositions d'un testament, le testateur et les témoins doivent signer dans la marge ou ailleurs sur le testament, en regard ou près de telle modification, ou au bas, à la fin ou en regard d'un mémorandum ayant trait à ladite modification et écrit à la fin ou à quelque autre endroit dudit testament.

8. Toutefois, une modification ou addition peut être faite au moyen d'un **codicille** (c'est-à-dire par une disposition ajoutée au testament) rédigé en présence de témoins, de la même manière que le testament.

9. La formule abrégée de testament (voir aux pages 23-24) ne peut servir que pour léguer des biens et effets personnels. Si le soldat désire laisser des biens immobiliers à quelqu'un, il lui faut alors faire un testament formel en la présence conjointe de deux témoins qui signent en présence du testateur et en présence l'un de l'autre. Le soldat peut se procurer des formules de testament (M.F.M. 10 et 10a) par l'entremise de son commandant.

On recommande au soldat qui a fait un testament de faire savoir à son commandant où ledit testament a été déposé, après quoi ce dernier remplira immédiatement le certificat suivant et l'enverra à l'officier intéressé en charge des archives—

Grade Nom Matricule

déclare qu'il a fait un testament et que celui-ci a été déposé entre les mains de
à

.....
Signature de l'officier
Date Grade ou emploi

On recommande aux soldats qui possèdent des biens immobiliers et qui n'ont pas fait de testament soit de rédiger un testament formel avant de s'embarquer, dans quel cas la procédure susmentionnée devra être suivie, soit de faire un testament sur l'une des formules fournies à cet effet, à savoir: la formule M.F.M. 10 lorsqu'il y a un ou plusieurs bénéficiaires, ou la formule M.F.M. 10a lorsque le soldat est propriétaire de valeurs immobilières, et de remettre ce document signé en bonne et due forme à leur commandant qui le transmettra à l'officier archiviste intéressé pour qu'il en ait la garde.

L'officier à qui un tel testament est remis doit remplir le certificat suivant—

Certificat

Ai reçu la formule M.F.M.....et l'ai transmise à l'officier en charge des archives à

.....
Signature de l'officier,
Grade ou rang

Date de l'extraction du certificat
ou du testament.....
A qui envoyé.....
Département.....
Signature de l'officier.....

Date de l'extraction du testament.....
A qui envoyé.....
Département.....
Signature de l'officier.....

Ne doit servir que lorsque le soldat est en service actif. Le testament qui apparaît à la page 24 ne doit pas servir tant que le soldat n'a pas été appelé en service actif.

FORMULE ABRÉGÉE DE TESTAMENT

(Rédiger le testament sur la page suivante)

Si un soldat en service actif ou qui a été appelé en service actif désire faire un testament abrégé, il peut le faire sur la page suivante. **Ce testament doit être écrit entièrement de sa main, et signé et daté par lui.** Le nom et l'adresse en entier des personnes qu'il désigne comme bénéficiaires, ainsi que le montant d'argent ou les articles personnels qu'il désire leur léguer. doivent être clairement spécifiés. **L'entrée seulement du nom d'un bénéficiaire sur la page suivante sans aucune mention du legs fait audit bénéficiaire n'a aucune valeur légale.**

Suit un spécimen de testament par lequel tous les biens sont laissés à une seule personne:—

En cas de décès, je lègue tous mes biens et effets à ma mère, Madame Marie Bernard, 099, rue Montcalm, Montréal.

(Signature) GEORGES BERNARD,
Matricule

Daté le 5 août 1936.

Suit un spécimen de testament par lequel les biens sont laissés à plus d'une personne.

En cas de décès, je lègue $10.00 à mon amie, Mademoiselle Rose Chevalier, 01, rue Laval, Québec, $5.00 à ma soeur, Mademoiselle Jeanne Bernard, 099, rue Montcalm, Montréal, et le résidu de mes biens à ma mère, Madame Marie Bernard, 099, rue Montcalm, Montréal.

(Signature) GEORGES BERNARD,
Soldat, Mat. 00.

Daté le 5 août 1936.

e doit servir que lorsque le soldat est en service actif. Cette page de testament **ne** doit **pas** servir tant que le soldat n'a pas été appelé en service actif.

TESTAMENT

(Pour être utilisé si le soldat n'a pas encore fait de testament ou s'il désire modifier celui qu'il a déjà fait. Voir les instructions à la page 23).

Signature .....

Grade, matricule .....

Date .....