D59379
FONTAINE
MAURICE

FORMULE D'ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

LA PRÉSENTE FORMULE DOIT ÊTRE REMPLIE POUR CHAQUE MEMBRE DES FORCES ARMÉES. LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS SONT DESTINÉS À L'USAGE DU COMITÉ CONSULTATIF GÉNÉRAL DE DÉMOBILISATION ET DE RÉTABLISSEMENT, INSTITUÉ PAR LE GOUVERNEMENT CANADIEN POUR ÉTUDIER DES PLANS DE RÉTABLISSEMENT DANS LA VIE INDUSTRIELLE DES MEMBRES DES FORCES ARMÉES APRÈS LEUR LICENCIEMENT. L'EXACTITUDE ET L'INTÉGRALITÉ DES RÉPONSES SERONT TRÈS UTILES AU COMITÉ.

PRIÈRE DE LIRE ATTENTIVEMENT LES INSTRUCTIONS AU VERSO DE LA COUVERTURE DU FORMULAIRE AVANT DE REMPLIR LA FORMULE

LAISSEZ EN BLANC

Partie A—RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. (a) Nom et prénoms (lettres moulées) POMINVILLE MARIUS (b) N° matricule D-59379
2. (a) Arme Army (b) Unité [illegible] (c) Rang Pte
3. (a) Date de naissance 2 Sept 1923 (b) Avez-vous des personnes à votre charge? No (c) Domicile au moment de l'enrôlement St. Hyacinthe Que.
4. (a) Lieu d'enrôlement Montreal South, Que. (b) Date d'enrôlement 6 Jan 1942

Partie B—INSTRUCTION ET FORMATION

5. (a) Âge à la sortie définitive de l'école 11 Yrs. (b) Fréquentiez-vous l'école ou le collège au moment de l'enrôlement? No
6. Indiquez exactement où vous en étiez dans vos études à l'école publique, technique ou secondaire (par exemple—"école publique, 4 ans," "école secondaire, 2 ans;" "immatriculation junior" ou "cours technique en imprimerie, 4 ans", etc.) 6 Yrs. P.S.
7. Si vous avez fréquenté une université, indiquez-en le nom ainsi que la classe atteinte ou le grade obtenu nil
8. (a) Êtes-vous déjà entré en apprentissage? no (b) Si oui, dans quel métier? nil (c) Avez-vous complété votre apprentissage? nil (d) Si vous ne l'avez pas complété, combien de temps y avez-vous passé? nil
9. (a) Quelles langues parlez-vous couramment? Fren h (b) Quelles langues lisez-vous facilement? Fr. & Engl.

Partie C—SITUATION AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

10. (a) Indiquez si vous étiez EN EMPLOI ou EN CHÔMAGE au moment de l'enrôlement. (Inscrivez simplement "En emploi" ou "En chômage", selon le cas; les détails sont demandés plus bas) Not Working (b) Au moment de l'enrôlement de quel syndicat ouvrier ou société professionnelle étiez-vous membre? No

Partie D—DÉTAILS CONCERNANT CEUX QUI CHÔMAIENT AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

LES QUESTIONS 11 À 17 NE S'APPLIQUENT QU'À CEUX DONT LA RÉPONSE À LA QUESTION 10 (a) INDIQUE QU'ILS ÉTAIENT EN CHÔMAGE

11. Aviez-vous déjà été employé assez régulièrement depuis votre sortie de l'école? Yes
12. (a) Si la réponse à (11) est "oui", indiquez exactement l'occupation ou le métier effectivement exercé Le bouvier (b) Durée d'emploi dans cette occupation ou métier? 4 Yrs.
13. Si la réponse à (11) est "non", indiquez exactement l'occupation ou le métier pour lequel vous vous estimez compétent
14. Si vous avez été employé après votre sortie de l'école, indiquez quand vous avez travaillé assez régulièrement pour la dernière fois avant l'enrôlement
15. Donnez des détails concernant votre dernier patron, le cas échéant: Nom Alex St. Germain. Adresse St. Jude.
16. Genre d'affaires du patron (par exemple, "culture" ou "construction de bâtiments" ou "fabrique de chaussures" ou "fonderie de fonte" ou "magasin de détail", etc.) Farmer
17. (a) Si vous travailliez à votre propre compte lors de votre dernier emploi, indiquez la nature et l'adresse de votre entreprise (b) Quand l'avez-vous abandonnée?

Partie E—DÉTAILS CONCERNANT CEUX QUI TRAVAILLAIENT AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

LES QUESTIONS 18 À 23 NE S'APPLIQUENT QU'À CEUX DONT LA RÉPONSE À LA QUESTION 10 (a) INDIQUE QU'ILS ÉTAIENT EN EMPLOI. VOUS ÊTES PRIÉ DE LIRE EN ENTIER CES QUESTIONS ET DE NE RÉPONDRE QU'À CELLES QUI S'APPLIQUENT À VOTRE CAS AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

SI VOUS ÉTIEZ À L'EMPLOI D'UN PATRON AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT, PRIÈRE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS 18 À 21

18. Nom du patron Adresse
19. Genre d'affaires du patron (par exemple, "culture" ou "construction de bâtiments" ou "fabrique de chaussures" ou "fonderies de fonte" ou "magasin de détail", etc.)
20. (a) Genre précis de votre occupation (b) Nombre d'années d'expérience dans ce travail pour le compte de tout patron
21. (a) Votre patron vous a-t-il formellement promis de vous reprendre à son service à votre licenciement? (b) Votre patron a-t-il refusé de promettre de vous reprendre à son service à votre licenciement? (c) Désirez-vous retourner à votre ancien emploi?

SI VOUS TRAVAILLIEZ À VOTRE PROPRE COMPTE AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT, C'EST-À-DIRE, SI VOUS EXPLOITIEZ UNE FERME, UN MAGASIN, UNE AGENCE ,OU SI VOUS EXERCIEZ UNE PROFESSION, OU SI VOUS ÉTIEZ ASSOCIÉ DANS L'UNE DE CES ENTREPRISES, PRIÈRE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS 22 ET 23

22. (a) Indiquez la nature du commerce ou la profession (b) Où était-il situé?
23. (a) Nombre d'années dans ce commerce? (b) Avez-vous fait ou vous proposez-vous de faire des plans pour reprendre à votre licenciement votre commerce ou un commerce d'une nature semblable?

Partie F—DÉTAILS DE L'EXPÉRIENCE EN AGRICULTURE

24. (a) Désirez-vous vous livrer à la culture de la terre après la guerre? Yes (b) Vous croyez-vous apte à exploiter une ferme? Yes (c) Si oui, dans quel genre de culture? Gen Farm
25. (a) Êtes-vous né sur une ferme? Yes (b) Nombre d'années d'expérience effective dans la culture? 10 Yrs. (c) Dans quelles provinces avez-vous acquis votre expérience? Que.

Partie G—DIVERS

26. Avez-vous pris des arrangements autres que ceux indiqués ci-dessus au sujet de votre rétablissement dans la vie civile après votre licenciement? nil
27. Si oui, indiquez la nature de vos projets (par exemple, vous proposez-vous de reprendre vos études, ou vous a-t-on assuré une position, etc.) nil
28. Indiquez toute préférence pour un certain emploi ou toute ambition que vous pourriez avoir, autres que celles indiquées ailleurs sur la présente formule Shoe Maker.

DATE 6 Jan 1942 194 SIGNATURE Maurice Fontaine

"Q" CARD COMPLETE

I. Regt. No D-59379 Rank Pte. Unit R. DE MAIS. CA Date 3-4-42.

Name Fontaine, Mauriee. Age 19 Place of Birth St. Jude. Que. Can.

Date of Enlistment 6-1-42 Place of Enlistment Montreal. South Depot 4

Languages spoken French R. Recruit A A Med. Cat. A Place C.A. (B) T.C. NO. 45.

II. M. Test Date 3-3-42.

Test	Score	S.M.	
1	3		SUB-TOTAL 16
2	6		S.M.
3	7		
4	10		SUB-TOTAL 26
5	6		S.M.
6	7		SUB-TOTAL 22
7	7		S.M.
8	8		
Total	64	S.M.	GRADE E
9			

Other Tests Name or Type

Date	Place	Score	Grade

III. Military Background

T.O.S. 3rd. Jan. 42.-
Clean conduct sheet.-

IV. Educational Background

2½ years in School.-
Can hardly read and write.-

V. Occupational Background

Laborer on farm, Lumber Jack.-

VI. Arm Desired

Work in Arm Desired

Mechanic.-

VII.

Claim eyes are bad.- Has no memory.-
5 sisters, 3 brothers.-
Father carpenter.-
Likes Army.-
Says suffers of cold all the time.-
Joined Army to improve his situation.-

M.F.M. 196
60M—1-42 (2950)
H.Q. 1772-39-1016

III. Summary

Stability (3).- Fair appearance.-

IX. Suggestions

~~R.C.F.~~.

Infantry (R. de Mais)

~~Routine work.~~-

Rifleman.

X. Signature of Interviewer	N.C.O.	Officer
		D.P. Select. Jean Greenes Lieut.

XI. Action Taken

Date of Action

Follow-up

CARDS PUNCHED .. 5

Soldiers Qualification Card

Unit ~~8 CDIV~~ Regt. de Chaudière Head — CODED

Regt'l. Number	Last Name	First Name	Middle Names
D59379	FONTAINE	MAURICE	(FRANCOIS JOSEPH)

2 Nationality	By Birth	By Naturalization	Country of Birth
08 Canadian	✓		Canada

3 Racial 2 Origin FRENCH-CANADIAN

42 Language spoken in home: French ✓ Other ..... English .....

5 Age 19-10/12 (22/9/22 ✓) 6 Height 5'5" 7 Weight 162 8 Silhouette [1] 2 3 4

9 Eyes: 4 Colour of Brown 10 Acuity [1] 2 3 11 Colour Vision [1] 2 3 4

10 Glasses .....

12 Hearing: Acuity [1] 2 3 13 Speech Defects .....

14 Handedness [R] L A 15 Med Category A ✓

Cause .....

Attitude to own health ..... To Medical attention .....

Health History Lumbago, Cars, ...

16 Education Level: Illiterate ..... E 3 (11) ..... S ..... (Grade completed)

Conduct during school life .....

17 University or 18 Professional	Course Taken	Years Completed	Degree

19 Post Graduate	Course	From—To	Degree

Specialized Training:

20 1. ..... (Course)
At ..... From—To ..... Completed .....

21 2 ..... (Course)
At ..... From—To ..... Completed .....

22 3. ..... (Course)
At ..... From—To ..... Completed .....

Other trades papers. Diplomas Certificates or Qualifications .....

23 Languages: Spoken fluently FRENCH
09 Written well ~~FRENCH~~

24 Main occupation: Description LUMBERMAN
5126
Estimate of skill .....
Duration (from—to) 4 winters Weekly Wage $4.15 ✓✓✓
Employer's Name and Address L. CLOUTIER
St. Jude Que.

CARD COMP

50 "M" Test	Score	SM	
1	3		S. Tot 16
2	6		SM
3	7		
4	20		S. Tot 26
5	6		SM
6	7		S. Tot 22
7	7		SM
8	8		
Tot.	64	SM	Grade E
9	—		

51 OTHER MENTAL
Test .....
Score ..... L. Grade .....
Date .....

52 MECHANICAL
Test .....
Score ..... Grade .....
Date .....

52 CLERICAL APT.
Test .....
Score ..... Grade .....
Date .....

53 TRADE TEST
1. Score .... G. .... Date ....
2. Score .... G. .... Date ....
3. Score .... G. .... Date ....
4. Score .... G. .... Date ....

54 OTHER
Test .....
Score ..... Grade .....
Date .....

1 Corps Chaudière Regt. 541.

25 Second Most Important Occupation: Description:
3016 ~~Farm Hand.~~
Estimate of skill .....
Duration (from—to) ..... Weekly Wage .....
Employer's Name and Address Various Employers.

26 Third Most Important Occupation:
Estimate of skill .....
Duration (from—to) ..... Weekly Wage .....
Employer's Name and Address .....

Trade Union or Professional Society .....

Vehicles: 27 Heavy Truck ..... 28 Light Truck ..... 29 Auto ..... 30 Motorcycle .....
31 Farm Tractor ..... 32 Tracked Vehicle ..... 33 Power Launch ..... 34 Aeroplane .....
35 Accident Prone .....

Farming Experience: Wide ✓ Limited .....
District Quebec Co. St Hyacinthe Type Mixed

Job promised after discharge ..... By whom? Name .....
Address .....
Other provision for post-discharge occupation .....
..... Type of work desired FARMER
Occupational history: Ambitious ..... Accidental .....
Stable ..... Erratic .....

36 Material Status: M ..... S ✓ W ..... D ..... Sep. .....
2 Marital Problems ..... (Remarks)
Age of wife ..... Wife's attitude to Service ..... Wife's Health .....
37 No. of Children ..... No. Brothers 4 No. Sisters 5
Position in family 5 38 No. Dependents 0
Relationship of Dependents .....
Status of home in childhood .....

39 Hobbies: Photography M ..... S ..... Radio ..... Engines .....
5 Mechanics ✓ Other .....
40 Sports: (1) ..... (2) ..... (3) .....
Team Games and Position (1) .....
(2) ..... (3) .....
41 Ability to Entertain: Music: String ..... Brass .....
Woodwind ..... Percussion ..... Piano ..... Vocal .....
Theatrical ..... Other .....

1 OCT 42

42 Previous Experience in Armed Forces

ARM or CORPS	Type (C.E.F., N.P., etc.)	Years Highest Rank	Last Discharge (Yr.)	Special Training Received

43 CURRENT SERVICE: Date Enlisted 7 Jan 42 Place Enlisted Montreal. P. Que.

Date From—to	Country	Corps	Unit and Sub-unit	Rank 44	Principal Duty	Performance
7/1 42 - 9/1 42	Canada	R de M.	D.D. 4	Pte.		
10/1 42 - 13/5 - 42	"	"	CABTC 45	"	Basic Training.	
14/5 - 42 - 11/6 42	"	"	CAATC A-12	"	adv. "	
12/6 42 -	England	Chand	3 CDIRU.	"	" "	
6/11/42	—	—	Reg de Chan	—		
				A		

45 COURSES ATTENDED

	PLACE	Date: From—to	Qualified as	Rating

46 Crime: Number Courts Martial Convictions ..... Hospitalization ——

Number Civil Convictions ..... ~~Minor Offender~~ DRUNKNESS —— Occasional Offender .....

~~Chronic Major Offender~~ DETENTION —— Chronic Minor Offender 1-3 days C.B. Occasional Offender .....

49 Psychiatric ☐☐☐☐☐

C.M.H.Q. 1000:110
40/P & S/1246

47 Classification: Military Specialties and Trades

Designation	Degree of Proficiency	Date	Authority

55 Type of Service Desired (1) Infantry 123. (2) .....

Remarks re Outstanding or Limiting Factors DEPORTMENT. Fair.

APP. Casual. PHYS-APP. Normal. DISP. Dull.
MILIT. Def. MAP.R. Def. MECH. Def.

This soldier is very dull. He does not respond. Claims he has dificulty to learn and remember what he is tought. I would suggest the Pioneer Coy He claims his ears bother him but does not know how or why.

BB. Cap.

Attitude to Interview: Antagonistic ..... Overanxious ..... Co-operative ✓ ..... Indifferent .....

Reason for Joining Cdn. Army (if ascertainable) I LIKED THE SOLDIERS LIFE

48 Suggested Possibilities for Employment (1) Pioneer Coy.
(2) .....

Tests Indicated: 2nd Mental ..... Mech. Apt. ..... Clerical Apt. .....
Other Apt. ..... Pers. ..... Trade Test as .....

Interviewed by [signature] Lieut. Date 23 July 42
Reviewed by ..... Date .....

DOIT ÊTRE REMPLIE ET RENVOYÉE PAR

Formule P. 64

Monsieur Oza Fontaine,
538, rue Ste Marie,
St. Hyacinthe, Québec.

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-F-11,879 FD.213

Dept. of National War Services INCOME TAX DIVISION RECEIVED NOV 15 1944 Inspector of Income Tax OTTAWA ONT.

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE
DIVISION DES SUCCESSIONS
OTTAWA, ONTARIO

10 novembre 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

FONTAINE, Maurice, Soldat,

D.59379, Armée Canadienne.

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.

WAR STATES BRANCH NOV 18 1944 H.Q. OTTAWA NATIONAL DEFENCE

OG/GC

Votre 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..... 0		Mr. Olya Fontaine Père et mère	56 55	538 Ste Marie St Hyacinthe
2	Enfants du défunt et dates de naissance..... 0		0		0
3	Père du défunt Olya Fontaine			56	538 Ste Marie St Hyacinthe
4	Mère du défunt Regina Fontaine Phaneuf			55	538 Ste Marie St Hyacinthe
5	Frères du défunt 3	Frères germains 0	Rosaire Gérard Roger	15. 25. 12	même adresse
		Demi-frères 0	X		X
6	Sœurs du défunt 5	Sœurs germaines 0	Lucienne. Jeanne Annette. Rose Anne Laurette	30 27 24 21 17	
		Demi-sœurs	0		
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) Conrad mort d'accident à 14 ans		Adresse de leurs enfants 0

RÉPONDRE AU LONG À TOUTES LES QUESTIONS SUR CETTE PAGE

DÉTAILS D'IDENTITÉ

8	Nom et prénoms du défunt.	Maurice Lafontaine
9	Date de sa naissance.	Le 25 septembre 1922
10	Lieu et date de son mariage.	Châteauguay 6 juillet 1908
11	Lieu et date du mariage de ses parents.	

DÉTAILS DE DOMICILE

12	Lieu où le défunt est né.	St Jude Comté St Hyacinthe
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) A toujours demeuré dans le comté de St Hyacinthe Province Québec
14	Nature de son emploi avant son enrôlement.	Cultivait la terre
15	Indiquer s'il était propriétaire de la maison où il demeurait. Le cas échéant, à quel endroit?	Non
16	Indiquer le lieu où le défunt entendait vivre d'une façon permanente.	Dans le comté de St Hyacinthe

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 marié
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.	Inconnus
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.	Inconnus
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.	Aucun

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 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.	Payé par les parents un service de $40.00

(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 et le Père 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.

Reyina Fontaine Phaneuf. (Signature du déclarant)

538 Ste Marie St Hyacinthe (Adresse)

CERTIFICAT

Je, soussigné, certifie que, autant que je sache

Ozza Fontaine et Sa femme (Nom du déclarant)

*Voir plus haut

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

Daté à St-Hyacinthe ce 13 me jour de novembre 19 44

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

Edouard-Léon Paul-Hus, ptre Titre Vicaire

Adresse Sacristie du Christ-Roi 320 de la Concorde St-Hyacinthe P.Q.

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.

Received JUL 15 1942 Checked R.R. Card ✓ Observations Farming

ORIGINAL
DUPLICATA
TRIPLICATA

M.F.M. 2 Fr.
A.F.B. 271
50M—8-41 (1530)
H.Q. 1772-39-1645

Doit être rempli en triplicata, désignant chaque exemplaire en biffant les deux termes inutiles

Unité ~~PROV. DET. M.S. CA.~~ Dept. de la Chaudière C.A. N° Matricule D-59379

ARMÉE CANADIENNE

FORMATIONS ET UNITÉS ACTIVES
FORMULE D'ENRÔLEMENT

1. Nom FONTAINE
2. Prénoms MAURICE
3. Adresse actuelle 76-b rue Ste.Marie.,St.Hyacinthe.,Que.,Canada
4. Date de naissance 22 Septembre 1922
5. Lieu de naissance Canada (Pays) Quebec (Comté ou province) St.Jude (Ville ou canton)
6. Religion (indiquez la confession) Catholique Romain
7. Métier ou profession Journalier
8. Marié, veuf ou célibataire Célibataire
9. Nom du plus proche parent M. Oza Fontaine
10. Degré de parenté Père
11. Adresse du plus proche parent ~~76-b rue Ste.Marie.,St.Hyacinthe.,Que.,Canada~~ see back
12. Faites-vous partie d'une unité ou formation de réserve de l'armée canadienne ou y avez vous déjà servi? NON
(Si oui, spécifiez l'unité et les dates de service)
13. Avez-vous servi dans (a) une formation ou unité active de l'armée canadienne? NON (Oui ou non)
(Si oui, spécifiez le numéro matricule et l'unité)
(*b*) Quelque autre armée de mer, de terre ou de l'air? NON (Oui ou non)
(Si oui, spécifiez l'unité et la durée du service)
14. Avez-vous servi pendant la Grande Guerre de 1914-1918? NON
(Si oui, spécifiez le numéro matricule, l'unité et les dates de service)

DÉCLARATION FAITE PAR LA RECRUE LORS DE L'ENRÔLEMENT

Je, soussigné, Maurice FONTAINE, déclare solennellement que les renseignements ci-dessus mentionnés sont vrais et je m'engage, par les présentes, à servir dans toute formation ou unité active de l'armée canadienne, 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 ladite crise aura cessé, et, en tout cas, pour une période d'au moins un an, si Sa Majesté requiert mes services.

Date 6th Jany, 1942 Witness J.B.Lavergne Lt/Cpl

Maurice Fontaine
(Signature de la recrue)

SERMENT PRÊTÉ PAR LA RECRUE LORS DE L'ENRÔLEMENT

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

Maurice Fontaine
(Signature de la recrue)

CERTIFICAT DU MAGISTRAT, DU JUGE DE PAIX OU DE L'OFFICIER CERTIFICATEUR

J'ai averti l'homme susnommé que s'il répondait faussement à l'une quelconque des questions précédentes, il s'exposerait aux rigueurs de 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 le serment devant moi,

à MONTREAL SOUTH ce 6th jour de January, 1942 19

J.B.Lavergne Capt.
(Signature du magistrat, du juge de paix ou de l'officier certificateur)

No. 4 DISTRICT DEPOT C. A.
(Titre, grade et unité ou emploi)

N.B.—On désire signaler que quiconque répond faussement à l'une quelconque des questions précitées est passible d'un emprisonnement de six mois.

FINGERPRINTED

État de service de FONTAINE (Nom) Maurice (Prénoms) N° matricule D-59379

APTITUDES

Militaires: Nil

Professionnelles ou commerciales: Nil

5601- Civiles ou de métier: Laborer.

Techniques: Nil

Langues: French

DEGRÉ D'INSTRUCTION

École supérieure ou Académie: Nil (années achevées) — Graduation ou Immatriculation: Nil (Spécifier)

*Collège: Nil

*Université: Nil

6 Years, Ste Julie P.Q. Can.

(*Mentionnez le nom de l'institution, les années ou cours achevés et les diplômes obtenus)

Toutes les recrues enrôlées le seront comme simples soldats, les nominations et les promotions à un grade supérieur devant être indiquées dans l'espace réservé ci-dessous à cette fin.

Rapport		État des promotions, abaissements de grade, mutations, maladies ou blessures, rapports, etc., à compter de la date de son enrôlement dans l'armée active	Grade indiqué	Prenant date le	Unité	Endroit	Autorisation	
Date	Reçu de						N°, Partie II, Ordres du jour. Liste des morts et blessés, etc.	Daté le
		Affecté lors de son enrôlement						
7-1-42	D.R.O.	No. 4 District Depot, C.A.	Pte	6-1-42	4DD.	Mtl.Sth.	4DD.PTII.No.5	7-1-42
JM 9		PROCEEDED ON COMMAND AND ATTACHED FOR ALL PURPOSES TO: C.A.(B) T.C. 45, SOREL, QUE.		JM 9	4 DD	MTL. SOUTH	D.O. NO. 8	10 JAN 1942
12-1-42	C.I.45	(TOS)En dev. com. & Att. pour toutes fins sur transfert du DD4,Mtl-Sud,Q.(DD4,PtII no 8 d/10-1-42)	"	10-1-42	C.I.45	Sorel.Q.	CI45,PtII, 9A	12-1-42
13-5-42	"	(SOS)Rayé de l'effectif sur transfert au A-12,Farnham,Que (Aut:M.S.2-48-55 d/7-5-42.)	"	13-5-42	"	"	" " 110 A	13-5-42
20-5-42	A-12	T.O.S. on temp. attach. o/t from C.A.(B)T.C. No. 45, Sorel, Que.	"	14-5-42	A-12	FARN	PT. II NO. A-101	15-5-42

Pour les inscriptions supplémentaires, se servir de **M.F.M. 1 et 2 (a)** (Fr.)

CERTIFICAT DE L'EXAMEN MÉDICAL

Nom en entier fontaine, Maurice Lieu Montreal

Lieu ..... Date 5 Jan 42

PARTIE 1. Renseignements obtenus de la recrue.

1. Âge 19 2. Avez-vous déjà souffert de l'une quelconque des maladies suivantes?

a. Rhumatisme NO
b. Tuberculose ou pleurésie NO
c. Bronchite ou asthme NO
d. Affection cardiaque NO
e. Maladie du rein ou de la vessie LUMBAGO 2 yrs ago
f. Affection stomacale ou intestinale NO
g. Hernie NO
h. Varices NO
i. Mal aux pieds NO
j. Affection nasale NO
k. Maladie des oreilles YES
l. Maladie des yeux NO
m. Convulsions NO
n. Maladie nerveuse ou mentale NO
o. Syphilis NO
p. Gonorrhée NO
q. Avez--vous déjà porté des lunettes? NO
r. Touchez-vous actuellement ou avez-vous touché antérieurement une pension ou autre indemnité d'invalidité?—Si oui, donnez des détails N.O.

Maurice Fontaine
(Signature de la recrue)

PARTIE 2. Renseignements obtenus par l'examen médical. LA RECRUE DOIT ÊTRE DÉSHABILLÉE.

1. Marques particulières ou cicatrices (si celles-ci sont opératoires, obtenir les détails) 1 vac left arm.

URINE 54707 N
JAN 6 - 1942
X-RAY 104036 N

2. Taille 5 pieds 5 pouces. 3. Poids 150 livres
4. Teint Dark Yeux Brown Cheveux Brown
5. Développement Good { Bon / Passable / Médiocre
6. Tour de poitrine—Circonférence, pleine expansion 36 1/2 pouces Degré d'expansion 2 1/2 pouces
7. Vue, droite 20-20 gauche 20-30 8. Ouie, droite CV20 gauche CV20
Avec lunettes, droite gauche
9. État de la bouche et des dents Good (Reflexes normal.
10. Les anomalies (congénitales et pathologiques) constatées lors de l'examen sont les suivantes:
Heart & Lungs normal. Physique normal.
I Q lower than usual-rather slow and shy.
Color Vis. CN. Ears, Nose, normal - Dr H Michaud, MD

PARTIE 3. Nous les examinateurs, ne trouvons aucune trace des maladies énumérées dans la question 2 de la partie 1, sauf ce qui est mentionné dans les observations. Nous avons examiné la recrue conformément aux instructions de la brochure "Aptitudes physiques et instructions visant l'examen médical des recrues", et elle est jugée apte pour la catégorie "A"

Observations spéciales lorsque la catégorie est inférieure à A

'C NADEAU CAPT R DUPUIS MD P CROQUETTE CAPT

L. Nadeau Capt. R Dupuis MD Paul Croquette Capt
(Président) (Membre) (Membre)

VACCINATIONS, INOCULATIONS, COMMISSIONS, RECLASSIFICATION DE LA CATÉGORIE MÉDICALE

Date	Détails succincts et signature	Date	Détails succincts et signature
JAN 7 '42	TAB T. J. Hebert	3 JUN '42	RE-EXAMINED Cat A Gtheney Lt
	3		
JAN 7 '42	VACC J. H.		
16-1-42	2nd. TABT. P.A.D. Lt.		
6-2-42	3rd. TABT. P.A.D. Lt		

N° matricule D-59379 Grade Pte Nom FONTAINE Prénoms Maurice

Garnison	Date d'arrivée à la garnison	Date de						Maladie	Nombre de jours à l'hôpital	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. Cans le cas des maladies vénériennes, mentionner la nature de la maladie primaire 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.	Signature du médecin
		Admission à l'hôpital			Sortie de l'hôpital						
		Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année				

Pour les inscriptions supplémentaires, se servir de **M.F.M. 1 et 2 (b)** **(Fr.)**

SERVICE AND CASUALTY FORM

PART I (For all ranks)

M.F.M. 4 (Part I)
A.F.B. 103 (Part I)
150M—5-41 (512)
H.Q. 1772-39-1649

Unit ~~REG'T DE MAIS. CA~~ Regt de la Chaudiere CA Regimental Number D-59379

1. Surname FONTAINE
2. Christian Names MAURICE
3. *Substantive Rank and Appointment
   *Acting Temporary or Local Rank PA 6/1/42
   giving date
   *To be entered in pencil to facilitate alteration.
4. Place of birth St. Jude. Que.
5. Date of birth as declared on attestation 22 Sept. 1922
   (A)
6. Date of enlistment 6 Jan 1942
7. Place of enlistment Montreal outh. Que.
8. Residence at time of enlistment 76-B, St. Marie St. St. Hyacinthe. Que.
9. (B) Special conditions (if any) of enlistment or rate of pay
10. (C) Any subsequent variations of conditions of service
11. Religion R.C.
12. If married, state date Single
13. Trade on enlistment Labourer
14. Corps, trade and grade
15. (D) Qualifications
16. (E) Miscellaneous entries

(17) Regiment or Corps: Regt de Chaudiers
Unit (Battn., etc): 1st Battn.

(18) Medical

	Category	Date	Authority
	A	5-1-42	M.F.M. 2

(19) Next of kin (entries to be made in pencil)
Mrs O. Fontaine (Father)
538 Rue Ste Marie
St Hyacinthe
Quebec Can

(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
		3CDIRU	S.O.S. C.A. (CANADA) ON EMBARKATION	UK	14 Jun 42	Pte	
		" "	T.O.S. C.A. (OVERSEAS) ON TRANSFER (Reinf. for R de Chaud)	"	15 Jun 42	"	151 d/27 Jun 42
		" "	Disembarked in UK	"	25 Jun 42	"	
		" "	T.O.S. 3 CDN. DIV. INF. REINF. UNIT.	"	26 Jun 42	"	
			Address Hofken now is: 538 Rue St, Marie, St. Hyacinthe, Quebec, Canada	"	—	Pte	184 d/6 Aug 42
SOS		3CDIRU	SOS to Fd Unit (R de Chaud) demand #9604	" "	Nov 5/42	Pte	262 Nov 5/42
		Chaud	TOS from 3CDIRU " "	Field	6 Nov 42	"	55 d/6 Nov 42.
25 Mar	-	-	Grtd Daily Rates Pay of $1.50		1 Jan 43		1 4 1943
~~[illegible]~~ 6 Apr 43	"	"	7 days P.L. money allowance	"	27 Mar 43	"	16 d/Apr 43
19 Jun 43	"	"	Admon for AWL 15 hrs. Forf 1 day's pay	"	17 Jun 43	"	28/43
—	"	"	7 days CB for AWL 10 hrs 45 mins. Forf 1 days pay	"	19 Jun 43	"	33/43
3 Nov 43	OSE	✓	Adm 22 Fd amb	✓	1 Nov 43	✓	46/43
✓	✓	✓	Rem'd to 2 Cdn Gen Hosp	✓	1 Nov 43	✓	46/43
✓	✓	✓	SOS to 6CIRU on adm to 2 C.G.H.	✓	1 Nov 43	✓	46/43
		6CIRU	Att. f.a.p. fr. R de Chaud on disch. fr. 1 Cdn. Spec. Hosp. pend. T.O.S.	"	15 nov 43	"	248 - 17 nov 43
		"	T.O.S. fr. R de Chaud on adm. to 2 C.G.H. and ceases att. f.a.p. pend. T.O.S.	"	2 nov 43	"	250 - 19 nov 43
		"	~~Tra~~ Rem'd fr. 2 C.G.H. to 1 Cdn. Spec. hosp	"	2 nov 43	"	250 - 19 nov 43
Canc. by DO-22/44		"	~~SOS on posting to Y3-6CIRU whilst in 1 Cdn. Spec. hosp.~~	"	~~15 Jan 44~~	"	~~13/44~~
Canc. by DO-8A/44		~~Y-3~~	~~TOS from 6 CIRU whilst in 1 Cdn Spec Hosp~~	"	~~16 Jan 44~~	"	~~17/44~~
		Y-3	Awarded the Cdn Vol Ser Med&Clasp	U.K.	15 Jan 44	"	4A/44
		6CIRU	Awarded 7 days C.B. for AWL fr. 2359 hrs 30 Jan 44 to 2200 hrs 31 Jan 44 - 22 hrs 1 min. Forf 1 day's pay	"	1 Feb 44	"	27/44
		"	SOS on posting to Y3-6CIRU on adm. to 2 C.G.H.	"	2 Feb 44	"	31/44
		Y3-List	TOS " " fr. 6CIRU " " " " "	"	3 Feb 44	"	14A/44
		"	Rem'd to 1 Cdn. Spec Hosp	"	3 Feb 44	"	14A/44
		"	SOS to 6CIRU on disch fr. 1 Cdn. Spec Hosp	"	15 Feb 44	"	19A/44
		6CIRU	TOS fr Y3-6CIRU " " " " "	"	16 Feb 44	"	40/44
		6CIRU	SOS to R de Mais (auth demand 6851 d/20 feb 44)	UK	24 feb 44	Pte	47/44
23 Feb 44	OE	R de Mais	TOS from 6CIRU (Demand 6851)	Field	25 " 44	"	11/44
7 Mar 44	"	"	One Good Conduct Badge	"	6 Jan 44	"	DO. 15/44
			Embarked U.K. 5 Jul 44 ..... Disembarked France.	9 Jul 44		"	" 38/44
	"	"	SOS to X-3 List R de Mais	Field	29 Jul 44	"	" 44/44

SERVICE AND CASUALTY FORM

M.F.M.4 (a) (Part II)
40/P & S/412 (3006)

(PART II)

Regiment or Corps..... Regimental Number D 59379

Substantive Rank PTE Surname FONTAINE Christian Names M

Acting Temporary or Local Rank.....

(To be entered in pencil to facilitate alteration)

(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 shown
Aug 44	X 3		Los X 3 List	Field	30 Jul 44	Pte	30. 16 Aug 44
Aug 44	X 3		SOS deceased	Fd	30 Jul 44	Pte	32/44

Statement of the Service of No. D59379 Rank Pte

Sheet No.

M.F.M. 1 & 2 (a)
700 M—8-39 (1697)
H.Q. 1772-45-18

Name FONTAINE M.

REPORT Date	REPORT From whom received	Record of Promotions, Reductions, Transfers, Casualties, Reports, etc. (Continuation of Folio 2, M.F.M. 1 or M.F.M. 2)	Rank Shown	Effective Date	Unit	Place	Authority Part II D.O. No. Cas. List, etc.	Authority Dated
10-6-42	A-1 2	Granted Leave (R.O. 699) from 5 Jun 42 to 9 Jun 42 (Warrant No. 52655	PTE	10-6-42	A-12	Farmham	Pt. II No. A-120	10-6-42
11-6-42	" "	Transferred at his own request to Le Regt. de Chaudiere.	"	11-6-42	" "	" "	" " No. A-121	11-6-42
13-6-42	" "	S.O.S. on proceeding to Serial 743	"	13-6-42	" "	" "	" " No. A-123(a)	13-6-42.
SOS		S.O.S. C.A. (CANADA) ON EMBARKATION	Pte	14 Jun 42	3 CIRU	UK		
		T.O.S. C.A. (OVERSEAS) ON TRANSFER (Reinf. for R de Chaud)	Pte	15 Jun 42	3 CIRU	UK	151	27 Jun 42
		Disembarked in U.K	Pte	25 Jun 42	3 CIRU	UK		
	TOS	T.O.S. 8 CDN. DIV. INF. REINF. UNIT	Pte	26 Jun 42	3 CIRU	UK		
Change address next of Kin		538 Rue St Marie St Hyacinthe, Quebec Canada			3 DIRU	UK	184	6 Aug 42
SOS		SOS to R de Chaud	Pte	5 Nov 42	3 DIRU	UK	262	5 Nov 42
	TOS	TOS from 3 DIRU	Pte	6 Nov 42	R de C.	UK	55	6 Nov 42
		Daily Regt'l Pay of $1.50	Pte	1 Jan 43	R de C	UK	14	29 Mar 43
		Admon. Forfs. 1 days pay Sec 15(1) A.A. for 1 days pay	Pte	14 Jun 43	R de C	UK	28	26 Jun 43
		Aw'd 7 days C.B. for an off. under Sec 15(1) A.A.	Pte	19 July 43	R de C	UK	33	31 July 43
SOS		SOS to 6 CIRU on adm to 2 Gen.	Pte	1 Nov 43	R de C.	UK	46	13 Nov 43
	TOS	TOS from R de C on adm to 2 Gen.	Pte	2 Nov 43	6 CIRU.	UK	250	19 Nov 43
		Adm to 22 Fd Amb + Remvd to 2 Gen	Pte	1 Nov 43	R de C	UK	46	13 Nov 43
		Remvd from 2 Gen. to 1 Spec.	Pte	2 Nov 43	6 CIRU	UK	250	19 Nov 43
		Disch from 1 Spec	Pte	15 Nov 43			C L 18 Nov 43	

Statement of the Service of No. 759379 Rank ..... Sheet No. .....

Name Fontaine M-a.

M.F.M. 1 & 2 (a)
700 M—8-39 (1697)
H.Q. 1772-45-18

REPORT Date	REPORT From whom received	Record of Promotions, Reductions, Transfers, Casualties, Reports, etc. (Continuation of Folio 2, M.F.M. 1 or M.F.M. 2)	Rank Shown	Effective Date	Unit	Place	Authority Part II D.O. No. Cas. List, etc.	Authority Dated
SOS cancelled DO 1 6 Jan 44								
(C54)	TOS	~~TOS from 6CIRU~~	~~Pte~~	~~20 Nov 43~~	~~1 Carry~~	~~UK~~	~~77~~	~~27 Nov 43~~
cancelled DO 22/26 Jan 44								
~~C80~~ SOS		~~SOS to Y3 6CIRU whilst in hosp. 1 Spec~~	~~Pte~~	~~15 Jan 44~~	~~6CIRU~~	~~UK~~	~~13~~	~~16 Jan 44~~
	TOS							
		AWARDED THE CANADIAN VOLUNTEER SERVICE MEDAL AND CLASP						
SOS								
C86.	TOS	TOS from 6CIRU adm to 2 Gen	Pte	3 Feb 44	YL 6CIRU	UK	14A	6 Feb 44
C86		Rem'd from 2 Gen to 1 Spec	Pte	3 Feb 44	YL 6CIRU	UK	14A	6 Feb 44
(C19)		awd 7 days CB for 1 days Pay Sec 15(1) AA	Pte	1 Feb 44	6CIRU	UK	27	1 Feb 44
C86. SOS		SOS to YL 6CIRU adm to 2 Gen.	Pte	2 Feb 44	6CIRU	UK	31	6 Feb 44
	TOS				Y6CIRU	UK	31	6 Feb 44
SOS								
C86	TOS	TOS from Y3-6CIRU on disch from 1 Spec	Pte	16 Feb 44	6CIRU	UK	40	16 Feb 44
C86. SOS		SOS to R de M	Pte	24 Feb 44	6CIRU	UK	47	24 ~~Feb~~ 44
C86	TOS	TOS from 6CIRU	Pte	25 Feb 44	R de M	UK	11	29 Feb 44
		adm to 2 Gen Hosp.	Pte	2 Feb 44	6CIRU	~~UK~~	6L C1275	7 Feb 44
		Disch 2 Gen Hosp. & adm to 1 Spec Hosp.		3 Feb 44.				

Regimental No. D59379 Rank ..... Sheet No. .....

MFM 1 & 2a
40/P & S/119 (3913)

Name FONTAINE M

	Record of Promotions, Reductions, Transfers, Casualties, Reports, etc—	Rank Shown	Effective Date	Unit	Place	Authority DO Number	Authority Dated
(c95)	Discharged from 1 Cdn Spec.	Pte	15 Feb 44			CLC 1296	25 Feb 44
	Embarked at ..... UK ..... on ... 5 July 44						
	Disembarked at ... France ... on ... 9 July 44	Pte		R de M.	21 AG.	38.	14 July 44
	Died of wounds	Pte	30 July 44		AEF	7-475	3 Aug 44
	SOS X-3 list Deceased.	Pte.	30 July 44	XL R de M	21 Army Gp.	32.	30 Aug 44.

30-7-44

AWARDS—CANADIAN ARMY (ACTIVE) 1781 M

FEB.

500M—1-44 (3467)
H.Q. 1772-45-8

FILE NO. 405-F.11879

FONTAINE, Maurice	D.59379	Pte.	Regt.de Chaud.
SURNAME (IN BLOCK LETTERS) CHRISTIAN NAMES	REG. NO.	RANK ON DISCHARGE	C.A.S.F. UNIT

WAR SERVICE BADGE (CLASS) NO. DATE DESPATCHED:

ADDRESS:

CAMPAIGN MEDALS	REGISTRATION NUMBER AND DATE DESPATCHED
1939-45 Star France-Germany Star	35507 31/10/49.
Defence Medal	
War Medal	
CVSM & Clasp	

(THE REVERSE TO BE USED FOR ESTATE PURPOSES)

MEDALS AND MEMORIALS—DECEASED PERSONNEL

REGISTRATION No. DATE OF DESPATCH

(1) MEDALS

PERSON ENTITLED TO Mr. Oza FONTAINE (FATHER)

ADDRESS: 538 St. Marie St.,
ST. HYACINTHE, Que.

(2) MEMORIAL CROSS

WIDOW

ADDRESS:

(3) MEMORIAL CROSS

MOTHER Mrs. Regenia Fontaine (FRENCH)

1781

ADDRESS: 538 St.Marie St., St.Hyacinthe, Que.,

MEMORIAL BAR
(1)
DATE DESP
REGN. NO 4241

(2)

(3)
DESP. JAN 20 1945
REGN No. 11384

To be made out in duplicate

M.F.M. 5
150M—7-41 (1122)
H.Q. 1772-39-1651

PARTICULARS OF FAMILY OF AN OFFICER OR OTHER RANK OF THE CANADIAN ARMY (AF) OR R.C.A.F. (ON ACTIVE SERVICE)

INSTRUCTIONS.

(*a*) This form is to be completed immediately an officer or other rank is appointed to, or enlisted in, the Canadian Army (AF) or R.C.A.F. ON ACTIVE SERVICE.

(*b*) All questions, etc., must be completed.

(*c*) Both copies of the form are to be forwarded by the Officer Commanding the unit for each officer and other rank, to the Paymaster, or Officer acting as such. The latter will transmit one copy, through the District, Command, or Camp Paymaster, to the Officer i/c Records, N.D.H.Q., Ottawa. The other copy will be retained by the Paymaster of the unit, when transferred to another unit the copy retained by the Paymaster will be sent to the Paymaster of the individual's new unit.

---

(1) Name of Officer or Other Rank FONTAINE
(Surname first—Christian names in full—Block capitals)
MAURICE

(2) Regimental or Official Number and Rank D-59379 Pte.

(3) Unit Reg't. de Mais. C.A.

(4) Are you married? no

(5) If married, state,

(*a*) Full name of your wife NIL

(*b*) Present postal address of wife NIL

(6) If married, have you been regularly supporting your wife? If not—state reasons
NIL

(7) Are you a widower? NO

(8) Have you any children? NO Number of boys Girls

Names and ages NIL

(9) If Dependents' Allowance is claimed in respect of children—state whether you have been regularly supporting them NIL

Give particulars of Guardians to whom Dependents' Allowance should be paid—if authorized.

Name NIL

Postal Address NIL

[SEE OTHER SIDE]

(10) Have you a common-law wife—whom you have been regularly supporting and publicly representing as your wife for at least 2 years immediately prior to appointment or enlistment? NO

If so, state her full name and Postal Address NIL

(11) Is your father alive? YES

If so, state name and address, occupation MR. OZA FONTAINE, Journalier
76 B- rue Ste. Marie, St. Hyacinthe, Que.

(12) If your father is a widower and is totally incapacitated from earning a living—are you his sole or partial support? NIL

(13) If sole or partial support of father who is a widower, totally incapacitated from earning a living —state what amount per month you have given him prior to appointment or enlistment NIL

Also state reason he has no other means of support if partially supported by you, what is your reason for not providing full support? NIL

(14) Is your mother alive? YES

If so, state name and address MRS. REGENIA FONTAINE,
76 B- rue Ste. Marie, St. Hyacinthe, Que.

(15) If your mother is a widow, are you her sole or partial support? NIL

(16) If sole or partial support of widowed mother—state what amount per month you have given her prior to appointment or enlistment NIL

Also state reason why she has no other means of support, if partially supported by you what is your reason for not providing full support? NIL

(17) Are you contributing to the support of any dependents, other than those shown above? NO
This may include any brothers 16 years of age or under, or any sisters 17 years of age or under, solely supported and maintained as bona fide members of your household before your appointment or enlistment.

If so, state the following particulars:—

Relationship NIL

Full Name NIL

Postal Address NIL

Amount contributed monthly during the past six months NIL

(18) Are you insured? NO

If so, in what Company? NIL
(Give number of policy)

Have you made arrangements for payment of your Insurance Premium? NIL
If not, and it is a monthly premium, you may assign the amount in addition to any other assignment you wish to make, provided the total assignment is not in excess of the maximum monthly amount which may be assigned.

I hereby certify that the information given by me on this form is correct in each and every particular.

L. Maurice Fontaine
(Signature of officer or man)

Date 6-1-42

6-1-42

L. P. Lepine Capt
Officer Commanding
No. 4 DISTRICT DEPOT C. A.

Date

N.B. (If parent(s) of the officer or other rank concerned has (have) been replaced by foster parent(s), questions relating to fathers and/or mothers above should be altered and answered as applicable.

No D. 59379 Rank Private Name FONTAINE, Maurice

Unit Regt. de la Chaudiere Date of death 30th July, 1944.

Died at France.

Cause Died of injuries sustained in action.

Death occurred on strength of Forces. H.Q. 405-F-11879

N/K Mr. Ozo Fontaine, Relationship Father

Address 538 St. Marie Street, St. Hyacinthe, Quebec.

Remains buried in Cemetery

MR.998692. St. Germain La Blanche Herbe, France.

Grave location

OVER

REBURIAL

Beny-sur-Mer Canadian Military Cem.
Beny-sur-Mer, France.

Grave 1, row F, plot 8.

HI & CR Form Despd. NOV 18 1946

Photographs
Despatched
JUL 9 1947

BURIAL REPORT TO N.K. JAN 15 1946

RETURN TO BUR. OF STAT. NOV 24 1944

ROYAL MESSAGE DESP'D. AUG 24 1944

CAN. MESSAGE DESP'D. SEP 26 1944

VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO.

M.F. M 10a
20M—7-40 (5760)
H.Q. 1772-39-1657

FORMULE DE TESTAMENT

(1) Je, Maurice FONTAINE (Nom au long), de la Town de St.Hyacinthe, dans le Comté / District de Dist. St.Hyacinthe, Province de Quebec, Journalier (Occupation civile), N° matricule D-59399, Unité Reg't.de Mais. C.A. révoque par les présentes tous testaments que j'ai pu faire antérieurement et déclare que ceci est mon testament.

Noms et adresse des bénéficiaires

(2) Je lègue à "A mon pere" M.Oza Fontaine,

residant a: 76 B-Rue Ste.Marie,St.Hyacinthe,
Quebec, Canada.

Tout mes biens.

Noms et adresse des bénéficiaires résiduaires

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

(4) Je nomme .....
(Nom)
..... (adresse) exécuteur / exécutrice de mon présent testament.

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.

(5) Louis D. Hebert. pte
43a.d. Chamford St., Montreal.
Signature du premier témoin — (Adresse)

(Les bénéficiaires ne peuvent être témoins)

Omer Lapointe pte
117 Notre Dame Est Montreal
Signature du second témoin — (Adresse)

En foi de quoi j'ai signé ce 7 ème jour de Janvier A.D. 1942

+ Maurice Fontaine
(Signature du soldat)

(VOIR AU VERSO)

CFA 107
40/P & S/2180 (4068)

CANADIAN MILITARY HEADQUARTERS

ESTATES BRANCH
INVENTORY

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

No., RANK and NAME D 59379 Pte FONTAINE, M. Dec'd

RECEIVED FROM Cdn 2nd Ech 21 A Gp

CHECKED BY B 26364 QMS Fulmer, H.E.
C 2852 Spr Slater, F.W. DATE 21 Nov 44.

1 Rosary 1 Red Identity Disc 1 Gold Locket (Less Chain) 1 Lighter (Regens) 1 Magnifying Glass 1 Pr Pliers 1 Key Ring 4 Crucifixes Thread Adn Thimble 1 Nail File 1 Black Onyx Signet Ring 2 Combs 1 Souvenier Coin 1 Religious Medal 1 Pen Broken (No Name) 1 Tie Pin Snapshots 1 Small Leather Case 1 Propeller Pencil Personal Papers 1 Nail File Tooth Pick etc 1 Grey Identity Disc		93

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

TRIPLICATE — with effects.

W.E. Fulmer QMS

for OC 1 Cdn KSD

OFFICIAL CANADIAN ARMY OVERSEAS CASUALTY NOTIFICATION (DEATH)

NUMBER D.59379 RANK Private SERVICE UNIT Le Regiment de Chaudiere (A.C.).

NAME FONTAINE, Maurice

DATE OF BIRTH 22-9-22 DATE OF ENLISTMENT 6-1-42

MARITAL STATUS Single RELIGION Roman Catholic

A

NEXT OF KIN AS SHOWN ON M.F.M. 1, 2 & 5 RELATIONSHIP Father NAME Mr. Ozo Fontaine,

ADDRESS 538 St. Marie St., St. Hyacinthe, Que. ADDRESS D.A.B.

ADDITIONAL PERSON TO BE NOTIFIED ADDRESS

PARENTS NAME

ADDRESS (IF SOLDIER MARRIED OVERSEAS)

AUTHORITY CAS. SIG. NO. Canrecords 8726 H.Q. 405-F-11,879

CASUALTY DETAILS Died of injuries DATE 30-7-44

FRANCE.

LAST WILL ATTACHED TO NOTIFICATION TO A. OF E.? YES/NO M.F.M.5. ATTACHED TO NOTIFICATION TO A. OF E.? YES/NO DATE 16-9-44

BTC

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.

Additional Notes by Unit M.O. and Field Ambulance.

Morphia—	A.T. Serum—
Dose. Time and date given—	Dose and date given—
Date of Wound or onset of illness	Religion— R C J R C

Sulphanilamide. Dose in grammes. Time and date given.

22. 2½.

Disease*	Microscopic Diagnosis*			
Malaria	B.T.	M.T.	Q.	Clin.
Dysentry	B. Ex.	Ehyst.	Indef. Ex.	

Malaria Treatment							
Days	1	2	3	4	5	6	7
Ateb. grms.							
Quin. grs.							

NOTES.

Riding in a jeep which turned over. Brought in unconscious. Some covered with blood. Head injury?

* Strike out where inapplicable.

Army Form W3118
R.A.F. Form 3118.
Naval Form M204.

FIELD MEDICAL CARD.

*No. D59379 Rank PTE
Name FONTAINE N
Unit R. DE MAIS

* In cases of Enemy Prisoners of War serial number allotted by A.F.W. 3000.

~~Battle Casualty.~~ Accidentally ~~Wounded.~~ ~~Sick.~~
(Strike out description which does not apply.)

Diagnosis of Unit M.O.— ~~ADMITTED 4 CDN. F.D.S.~~
Concussion & Contusions

Date seen by him— (overturned jeep)

No. of Field Ambulance— ADMITTED 4 CDN. F.D.S.
Date of admission—
Field Ambulance diagnosis—

~~F.D.S.~~, C.C.S. or M.C.S. diagnosis (if altered from above)—
Fractured Skull - ~~30~~ 29-7-44 AC.

General or other Hospital diagnosis (alterations or additions)—

Wt. 53183/1306. 1,000m. 4/43. D.P.W. 51-6600.

Date of Admission to F.D.S., C.C.S., M.C.S., or General or other Hospital and designation of medical unit to which admitted must be recorded hereunder immediately on admission. Brief clinical notes should be added later, dated and signed by the M.O.

ADMITTED 4 CDN. F.D.S.

Patient admitted unconscious. Great depressed groove like fracture over left temple.

709 JUL 29 1944 No. 2 C.C.S. R.C.A.M.C.

Injuries obviously gross with severe damage to brain tissue.

Pulse 128 full and bounding.

(2350 hrs). To Resusc.

Alec Lewis Maj

Expired 0030 hrs 30 July 44.

Fract Skull.

AC GREEN

Maj.

This F.M. Card must not be destroyed. It must be transmitted with the patient if he is evacuated to U.K. Temperature charts or additional clinical notes may be sent with it, either in the same or in another envelope attached to the patient.

(25442) Wt.28670/1278 26,000 9/43 A.& E.W.Ltd. Gp.698

Army Form W 3118c.

Operation Card for Head Injuries.

(For distribution to Casualty Clearing Stations, Stationary and Base Hospitals.)

(Field Card No. W. 3118B should be filled in before operation.)

No. DS9379 **Name** FONTAINE M Rank PTE.

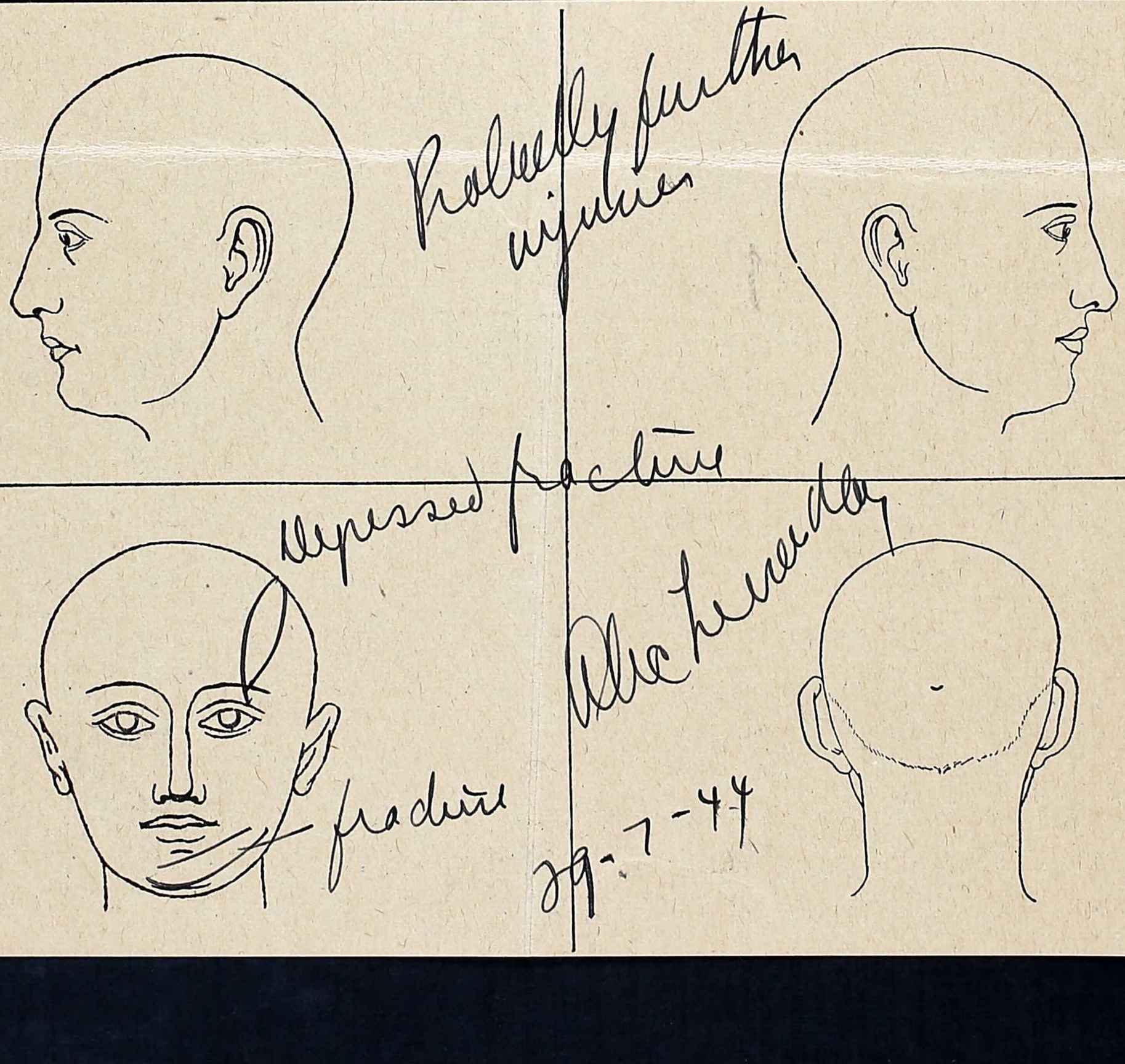
Unit R. de Mais.

Date of operation ..... Time (in hours) between injury and operation .....

Situation of wounds (enter on diagrams) .....

X-ray findings. Fracture ? ..... F.B. ? ..... Site of F.B. ? .....

(Mark X-ray findings on diagrams.)



CANADIAN MILITARY HEADQUARTERS

No. 8753

RECORDS OFFICE

C A S U A L T Y R E P O R T

NAME (in full) **FONTAINE, Maurice**

NO. **D-59379** RANK **PTE** UNIT **REGT DE MAIS**

HOSPITAL (U.K. only) In which death took place, if applicable _____

R.U. (U.K. only) to which posted on admission to Hospital _____

CASUALTY **D of W** DATE **30 JUL 44** LIST #**"A" 475** PLACE **ANF**

If P.O.W. or INTERNED, Number & Address _____

PREVIOUSLY REPORTED _____ DATE _____

(L.S. APPLEFORD) Major
Officer i/c R.5 Wing CAS. SECT.

NEXT OF KIN

1. CANADA or U.S.A. - YES/NO (if NO, Complete No. 2)
2. NAME, (In Full) _____

   RELATIONSHIP _____ ADDRESS _____

3. ANY RELATIVES IN U.K. from M.F.M.5 or any other source, including children born overseas. If NONE so state _____

   Date of Marriage, if known _____

WILL, EFFECTS, ETC.

1. NO WILL HERE (or) ~~WILL HEREWITH DATED~~ _____ BENEFICIARY _____ (Relationship)

   _____ EXECUTOR _____
   (Name) (Address)
2. BANK ACCOUNT - NAME OF BANK, etc. _____ A/c No. _____

   ADDRESS _____
3. KIT PRIVATELY STORED - NAME of Custodian _____

   Address _____
4. Particulars of DEBTS, Remarks, etc. _____

Date SEP 9 1944

(B.E. WILLAN) Capt.
Officer i/c R.3 Wing Non-Effectives
for Officer i/c Records
CANADIAN MILITARY HEADQUARTERS

ORIGINAL - With WILL, if any to
O. i/c ESTATES, C.M.H.Q.

DUPLICATE - To File.

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: FONTAINE (Block letters)

Given names: Maurice

4. RESIDENCE

Street: No.: 76B

Official name of civil municipality or township: Ste Marie

Municipal county: St. Hyacinthe Province: Quebec

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

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

10. BIRTHPLACE (Province or Country):

11. DATE OF BIRTH: Quebec (Month) September (Day) 22nd (Year) 1922

12. AGE OF DECEASED: Years 21 Months Days If less than one day old ..... 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)	FONTAINE, Oza	

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)

Do not write in this space

CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

22. Date of death: ..... 19.... (Month) (Day) (Year)

23. I HEREBY CERTIFY that I attended deceased from July 30th 44 ..... 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) .....

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**....

OVERSEAS CASUALTY CANADIAN ARMY

NOV 24 1944

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

[signature] C.S.

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

405-F-11879

RECORDS OFFICE OVERSEAS.

CANADIAN MILITARY HEADQUARTERS.

GRAVES REGISTRATION CARD.

NAME FONTAINE, Maurice

RANK PTE

UNIT REGT DE MAISONNEUVE

PLACE & DATE OF BIRTH ST.JUDE, QUEBEC, CANADA

REGTL NO. D.59379

NEXT OF KIN & ADDRESS FATHER:
m. Oza FONTAINE - 538 Rue Ste-Marie,
ST. HYACINTHE, QUEBEC, CANADA.

PARTICULARS OF HOSPITALISATION

DATE OF ADMISSION

DIAGNOSIS

NAME & LOCATION OF HOSPITAL

PARTICULARS OF DEATH.

DATE OF DEATH 30 JUL 44

HRS

PLACE OF DEATH France

CAUSE OF DEATH DIED OF INJURIES

PARTICULARS OF BURIAL.

DATE OF BURIAL 30 JULY 1944

PLOT NO 2 ROW 2

CEMETERY St. Germain la Blanche Herbe
Sheet 7F/1 99966405

GRAVE 10

DEATH CERT NO.

DATE OF REGN OF DEATH CERT

RELIGION R.C.

DATE 22 September 1945.

(M. Bluteau) Capt.
For COLONEL
O i/c RECORDS,
CANADIAN MILITARY HEADQUARTERS

Extracted from Burial Records,
RECORDS OFFICE OVERSEAS,
ACTON LONDON, W. 3.

40/P 3 5/279

MILICE CANADIENNE

Livre de Solde

ET DE

Service du Soldat

A.F.W3084

Number D-59379

Name Fontaine M.

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-59379

Name Fontaine M.

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 .....

40/P&S/2438 (5149) A.F.W3084

Number D-59379

Name Fontaine M.

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 .....

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.

(XIV) PARTICULARS OF DENTAL TREATMENT

Date	Required	Completed	Specification Use authorized Abbreviations and Symbols	Signature of Dental Officer
5-4-44		✓	[illegible]	[illegible] Capt

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

Matricule D 59379

Nom (en majuscles) FONTAINE

Prénoms (en entier) MAURICE

Date de naissance 22 SEP 22

Lieu de naissance St Jude, Qué, 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 Catholique Romain

Enrôlé à Montréal, Qué, Canada

Date 6 JAN 42

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

Signature du soldat M. Fontaine

Signature de l'officier Henri W. Delorme Lt

Endroit Montréal, Qué Date 7 JAN 42

(II) PLUS PROCHE

Tout changement connu ainsi que la date de ce changement doivent être
gnement à l'officier en
NOTE.—Les entrées faites sur ces pages n'ont ancune valeur

Degré de parenté le plus rapproché		Nom	Date
ler	Epouse		
	Enfants		
2e	Père	Oza FONTAINE	7 JAN 43
	Mère	Régina FONTAINE	7 JAN 43
3e	Beau-frère	Lucienn FONTAINE	7 JAN 43
	" "	Jeanne FONTAINE	"
	"*Frères" et soeurs	Rosaire FONTAINE	"
	" "	annette FONTAINE	"
	Beau-frère	Gerard FONTAINE	"
4e	Autres parents (mentionner la parenté)		

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

PARENT VIVANT

dûment notés, et le commandant de l'unité doit transmettre ce renseicharge des archives
légale comme TESTAMENT (voir aux pages 20-23)

Dernière adresse connue au complet
538 rue Ste Marie, St Hyacinthe, Qué
538 rue Ste Marie, St Hyacinthe, Qué
450 de Vaudreuil St Hyacinthe, Qué
Bedford, Co Missisquoi, Qué
2935 Notre Dame, St Hyacinthe, Qué
7e Rang St Dominique, Co Bagot, Qué
538 rue Ste Marie, St Hyacinthe, Qué

(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
6 JAN 42	Pte Dn. Enlistment			[illegible]

(IV) Certificat applicable à toutes les armes, qui doit être rempli et signé par le commandant du bataillon, etc., avant que le soldat se rende outre-mer

A SUIVI L'INSTRUCTION (a complété le cours des recrues tel que spécifié pour l'arme du service à laquelle il appartient), *sauf qu'il requiert une instruction plus étendue en—**

(i) Passed Basic Trg 7 MAY 42
(ii) Passed Corps Trg 11 JUN 42

Possède en plus les aptitudes et connaissances suivantes:—

Date 11 JUN 42 [illegible]

*Si le soldat ne requiert pas une instruction plus étendue, biffez les mots en italique et signez de vos initiales.

(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
1942	C class	Rifle	B W Delamere Lt
1943	Failed	Pt 3 less 4+8	
1943	2 class	Pt 3 less 4+8	
1943	1 class	Practice 1	
1943	2 class	" 2	
1943	1 class	" 1-2	

(VII) QUALITÉS ÉDUCATIONNELLES

Certificat, spécialités, etc.	Endroit	Date	Signature de l'officier
~~Ecole Primaire~~ 3e année	St Jude	1936	B. Thibodeau pt

(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 mitraileur

(X) CLASSIFICATION MÉDICALE

Date	Catégorie ou grade	Examinateur médical des recrues, ou autre autorité médicale	Signature du médecin
		X Roy 10H036 N	
5 JAN 42	A	Medical Board	W/O Delorme .....
3 JUN 42	A	Reboard	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

(XIV) INOCULATIONS PRÉVENTIVES

Nature du vaccin, "T.A.B.", contre le choléra, la peste, etc.	Date	Signature du médecin
TABT. 1	7 JAN 42	Paulroberl Capt
TABT 2	16 JAN 42	
TABT 3	6 FEB 42	
TABT 1/2 cc	16 NOV 43	
TYPHUS 1 cc	21 JAN 44	
TYPHUS 1 cc	22 FEB 44	
– 1 cc	14/4/44	Paulroberl Capt

(XV) VACCINATION

Date de la vaccination	Signature du médecin
7 JAN 42	Paulroberl Capt
3 MAR 44 (Reactions)	

(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
MBM1 (P+1) Renewed		
Certified True		
Copy	13 APR 44	[illegible]
P.L. WW	27 MAR 43	
P.L. WW	13 NOV 43	
"M" Test Complete	23 JUL 42	
"Q" Card Complete	23 JUL 42	
Undergon D M TEST	30 JUN 42	
P.L. WW	21 MAR 44	
FINGER PRINTED LAIB	26 JUN 43	
MFM 182	22 FEB 44	
~~Good~~ Conduct Badge	19 MAR 44	R015
Service Chevrons		
Fred CAR04613 wef	6-1-44	[illegible]
CVSM & Clasp wef	25-9-42	[illegible]

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

Détails	Date	Signature de l'officier
Blood Grouping		
Test Rh I Gp O	2-6-44	

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

Détails	Date	Signature de l'officier

3/45A MFM 510
40/P&S/2[illegible]12)

CANADIAN ACTIVE SERVICE FORCE

District.....

OVERSEAS

Dispersal Area.....

LAST PAY CERTIFICATE

(All Ranks)

Regtl No. D.59379. Rank and Name Fontaine, M. Pte.

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

(~~Transfer or~~ Discharge).....to.....on 30th July 1944.

Reason Death. Authority: C.C.L. "A"475. d/3rd. August, 44.

The following is a statement of the account of the above-named from 1st July to 31st July 1944. the inclusive date of transfer or discharge.

Dr Particulars	Amount		Cr Particulars	Amount	
Balance Dr from last account			Balance Cr from last account	4	09
First Monthly Payment AR. d/4.7.44	4	47	Regimental Pay 31 days @ $ 1.50	46	50
Casual Payments AR.26 d/14.7.44	4	47	Tradesmen's Pay.....days at.....$		
Payments on Transfer or Discharge			Additional Pay (Give Particulars).....days at.....$		
Assigned Pay	20	00	Allowances (give particulars).....days at.....$		
Regimental Charges					
Public Stoppages (give particulars):			Cash Effects. SOCR.14748.		11
To Balance Cr Free	21	76	By Balance Dr		
To Balance Cr Deferred					
Total	50	70	Total	50	70

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

Remarks

Assigned Pay $20.00 (M) Stopped eff. August, 44.

ESTATES BRANCH APR 18 1945 OTTAWA NATIONAL DEFENCE

EST. BR[illegible] APR 18 OTTA NATIONAL

Compiled by P. Cooper.

Checked by L Broughton

Date 31st March, 1945.

Certified correct D. Fowler
for Chief Treasury Officer, Overseas

AR.

TL

DISTRIBUTION OF SERVICE ESTATES

Estates Form "P. 4"

ARMY

[redacted]

Name: FONTAINE (Surname) Maurice (Christian Names) No.: D59379

Pte. (Rank) G.I. O/S (Unit) 30-7-44 (Date of Death)

AMOUNT

L.P.C. ..... $ 21.76

Date: 7-6-45

Other Credits .....

Total 21.76

SHARE	RELATIONSHIP	NAME AND ADDRESS	AMOUNT
All	Father	Oza Fontaine, 538 St. Marie St., ST. HYACINTHE, Que., (sole beneficiary under will)	21.76

TO BE FORWARDED BY REG. MAIL DIRECT.

P4. TO TREAS. 21-7-45 QW

AUTHORITY

H.Q. F.E. No.	VOTE	PRI	H.Q. SUB.	OBJ.	AMOUNT
9999	731	00	00	001	$21.76

CLASSIFIED BY Original signed by K. L. McCUAIG

EXAMINED BY

For Chief Treasury Officer

DISTRIBUTION APPROVED AND AUTHORIZED

Original signed by P. [illegible]

(L. M. FIRTH) Lt.-Colonel
Administrator of Estates -

AUDITED FOR PAYMENT

For Chief Treasury Officer

50M—8-44 (5426)
H.Q. 1772-80-2

5M-1-45 (6393) (FR.)
H.Q. 1064-81-3

DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE

NAVY ═══ ARMY ═══ AIR FORCE

STATEMENT OF WAR SERVICE GRATUITY

4
ARMY

DECEASED MEMBER'S NAME: Maurice (CHRISTIAN NAMES) FONTAINE (SURNAME)

REGISTER NO. D-20965
FILE NO. 405-F-12879
DATE 9-4-46
SERVICE NO. D-59379
FINAL RANK OR RATING Pte.
DATE OF DISCHARGE 30-7-44

PAYEE Mme. Regina FONTAINE,
ADDRESS 538 Rue Ste. Marie, St. Hyacinthe,
St. Hyacinthe, ~~PQX~~ Co., P.Q.

DATE OF TERMINATION OF OVERSEAS SERVICE 30-7-44

	$	¢
A. TOTAL QUALIFYING SERVICE NO. OF DAYS 934/30 EQUAL TO 31 COMPLETE PERIODS AT $7.50	232.50	
B. QUALIFYING OVERSEAS SERVICE No. OF DAYS 774 LESS 4 INELIGIBLE DAYS, EQUAL TO 770 DAYS @ 25c. PER DAY SEE PAR. 2 OVERLEAF FOR EXPLANATION	192.50	
	425.00	
C. SUPPLEMENT FOR OVERSEAS SERVICE		
DAILY RATES AT DISCHARGE		
PAY $ 1.50		
SUBSISTENCE OR LODGING AND PROVISION ALLOWANCE $ 1.25		
ADDITIONAL PAY $		
$		
$		
DEPENDENTS' ALLOWANCE 1/30 OF $ $		
TOTAL $ 2.75 X 7 = $ 19.25		
NO. OF DAYS 774/183 X $ 19.25	81.42	
D. WAR SERVICE GRATUITY	506.42	
E. DEDUCTIONS — OVERPAYMENT OF PAY AND ALLOWANCES $ DEPENDENTS' ALLOWANCE AND ASSIGNED PAY $ OTHER DEDUCTIONS $		
F. TOTAL AMOUNT PAYABLE	506.42	

G. YOUR PORTION OF GRATUITY IS— 100%

DEPENDENTS' ALLOWANCE IN ISSUE TO YOU $_____ OF $ = $

TOTAL DEPENDENTS' ALLOWANCE IN ISSUE $

△T

CERTIFICATE I CERTIFY THAT THE AMOUNT HAS BEEN CORRECTLY COMPUTED AND IS PAYABLE IN ACCORDANCE WITH THE TERMS OF THE WAR SERVICE GRANTS ACT, 1944 AND THE REGULATIONS ISSUED THEREUNDER.

PREPARED BY	CHECKED BY
[illegible]	[illegible]

TREASURY

CHECKED BY	DATE
G. Petitclerc	17/4/46

G. R. Fontaine Capt
SERVICE REPRESENTATIVE

CANADIAN NATIONAL TELEGRAPHS

DAY LETTER [X]

NIGHT LETTER [ ]

CASUALTY (REPORT DELIVERY)

OTTAWA 4 AOUT 1944

TO:- M OZA FONTAINE
538 RUE ST MARIE
ST HYACINTHE QUE

4328 MINISTRE DE LA DEFENSE NATIONALE REGRETTE PROFONDEMENT VOUS INFORMER SOLDAT MAURICE FONTAINE D59379 OFFICIELLEMENT PORTE BLESSE AU COMBAT DATE NON ENCORE SIGNALEE ET EST MORT DE SES BLESSURES TRENTE JUILLET 1944 STOP LORSQUE NOUS RECEVRONS DES RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES NOUS VOUS LES TRANSMETTRONS AUSSITOT

le directeur des archives militaires

PREPAID

OFFICER I/C RECORDS

4

M.F.M. 267
50M-11-42 (7151)
H.Q. 1772-39-1989

Q.G. 405-F-11,879
(Records C)

le 15 septembre 1944.

Monsieur,

Fidèle à la ligne de conduite adoptée par l'Armée canadienne, d'informer le plus proche parent de toutes les circonstances entourant les blessures, la disparition ou la mort au combat des militaires, notre Quartier général avait le regret de vous informer par télégramme, en date du 4 août 1944, de la mort de votre fils, le soldat Maurice FONTAINE, matricule D-59379. Le paragraphe suivant fait suite à cette dépêche et a trait aux blessures reçues par le soldat Fontaine.

D'après des renseignements reçus par notre Quartier général des autorités médicales militaires canadiennes, votre fils est mort à la suite d'une fracture du crâne.

Je vous prie d'accepter mes sincères et profondes condoléances pour la perte irréparable que vous avez subie.

Votre bien dévoué,

Pour l'adjudant-général,

P (C.L. Laurin) colonel,
directeur des archives.

8.

M. Oza Fontaine,
538, rue Ste-Marie,
St-Hyacinthe, Québec.

/RB

le 2 octobre, 1944.

Cher monsieur,

C'est avec un profond regret que j'ai appris le décès de votre fils, le soldat Maurice FONTAINE, matricule D-59379, qui a donné sa vie au service de sa patrie sur le théâtre de guerre de l'Europe occidentale le 30 Juillet 1944.

D'après les renseignements officiels que nous avons reçus, votre fils est décédé à la suite des blessures reçues 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 Fontaine pour son vaillant sacrifice.

Votre bien dévoué,

l'adjudant-général,

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

SEP 27 1944

(H.F.G. Letson),
major-général.

13

M. Oza Fontaine,
536, rue Ste-Marie,
St-Hyacinthe, Québec.

/RB

QG 405-F-11879 DR 2(d).

le 15 janvier 1946.

Monsieur,

Des renseignements maintenant reçus d'outre-mer, indiquent que les restes de votre fils, le soldat Maurice FONTAINE, matricule D-59379, ont maintenant été soigneusement exhumés de l'endroit original d'inhumation et respectueusement inhumés de nouveau dans la tombe 1, rang F, lot 8, du cimetière militaire canadien de Beny-sur-Mer, à Beny-sur-Mer en France. (Carte marquée ci-jointe). Ce cimetière est un lieu de sépulture reconnu et l'entretien en sera perpétuel.

La tombe a dû être marquée temporairement d'une croix qui sera remplacée, en temps opportun, par une pierre tombale permanente portant une inscription appropriée. Pour des raisons évidentes, nous ne pouvons dire à quelle date commencera ce travail de commémoration permanente, mais vous pouvez être assuré qu'à ce moment, nous communiquerons avec vous et nous vous donnerons l'occasion de choisir une courte inscription personnelle destinée à être gravée sur le mémorial. Par conséquent, nous vous saurions gré de nous informer de tout changement dans votre adresse.

Veuillez agréer, monsieur, mes sincères salutations.

Pour l'adjudant général,

(C.L. Laurin) colonel,
directeur des archives.

M. Ozo Fontaine,
538, rue Ste-Marie,
St-Hyacinthe, Qué.

/MA

29