D61518
BRUNET
ALPHONSE

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

MÉMORANDUM POUR **P. 64**

Devaye

Madame Jeanne Devailles Brunet,
Boite 18,
Ivry North, Cté Terrebonne, Qué.

Prière d'adresser toute communication subséquente à ce sujet à

M. LE SECRÉTAIRE,
MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE,
OTTAWA, ONTARIO

AUX SOINS DE L'ADMINISTRATEUR DES SUCCESSIONS

et de citer le numéro suivant:

Q.G. 405-B-13,376 FD.106

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE
OTTAWA, ONT.

le 4 janvier 1943

Afin de les consigner dans nos dossiers et au cas où il reviendrait un reliquat de solde, des médailles ou insignes commémoratifs, autorisés par la loi, à feu

BRUNET, Alphonse, A/Sergeant, No. D.61518,
Fusiliers Mont-Royal

il est nécessaire que les renseignements voulus concernant le défunt et les membres de sa famille soient fournis à l'intérieur de cette formule en stricte conformité des instructions imprimées. Les détails exigés doivent être inscrits comme il faut et la déclaration au verso doit être ensuite signée en présence d'un pasteur, prêtre ou magistrat de la localité, que l'on priera de compléter et signer le certificat.

Cette formule doit être renvoyée à l'adresse ci-dessus mentionnée.

(O. Godbout) Capitaine,
pour (L.M. Firth) Lt.-Colonel,
L'administrateur des successions.

ESTATES BRANCH JAN 22 1943 H. Q. OTTAWA NATIONAL DEFENCE

M.F.W. 77a
1M—7-40 (6266)
H.Q. 1772-39-972

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	Âge	ADRESSE AU LONG de chaque parent survivant, en regard de son nom et date de décès de tout parent décédé
1	Veuve du défunt		Célibataire		
2	Enfants du défunt et dates de naissance; si un ou plusieurs enfants sont décédés, la date du décès, et mentionner s'ils étaient mariés ou non				
3	Père du défunt		Joseph-Brunet		Ivry nord
4	Mère du défunt		Jeanne Devaye		Ivry nord
5	Frères du défunt	Frères germains	—		—
		Demi-frères	—		—
6	Sœurs du défunt	Sœurs germaines	Marguerite Brunet	8	Ivry nord
		Demi-sœurs			

	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
7	—	—	—

LES RENSEIGNEMENTS QUI SUIVENT NE DOIVENT ÊTRE DONNÉS QUE S'IL N'Y A PAS DE PARENTS VIVANTS AUX DEGRÉS PRÉCITÉS

	—	NOMS DES VIVANTS	Âge	ADRESSE AU LONG
8	Grands-parents du défunt	—		—
9	Oncles et tantes directs du défunt (non pas les oncles et tantes par alliance)	—		—

DÉTAILS D'IDENTITÉ

10	Quels sont les nom et prénoms du défunt?	Joseph Alphonse Ecclesphore Brunet.
11	Indiquez le mois et l'année de sa naissance.	19 Fevrier 1921
12	Où et quand ses parents s'étaient-ils mariés?	
13	S'était-il marié? Le cas échéant, indiquez le lieu et la date exacts du mariage. A-t-il laissé un contrat de mariage?	Non.
14	A-t-il laissé un testament? Le cas échéant, veuillez l'adresser.	Non
15	Existe-t-il quelque autre actif qui nécessite une vérification du testament par la cour, ou (pour les provinces anglaises seulement), une demande de Lettres d'Administration?	

DÉTAILS DE DOMICILE

16	Où le défunt était-il né?	Hopital de la Misericorde Baptisé Montreal a St. Jacques Montreal
17	Dans quel province, pays ou état a-t-il demeuré et demeurait-il en dernier lieu?	324 Ontario Est Montreal
18	Combien de temps dans chacun d'eux?	18 ans a Ivry Nord d'été et l'hiver Montreal
19	Quelle était la nature de son emploi?	il etait a l'ecole Jusqu'a 17 ans travaillé 3 mois Harrison Brothers Boots
20	Était-il propriétaire de la maison ou du homestead où il demeurait? Le cas échéant, à quel endroit?	avant son depart pour l'armé. a l'age de 18 ans a Ivry chez nous —
21	A-t-il jamais déclaré de vive voix, ou par écrit, où il entendait vivre d'une façon permanente?	
22	Indiquez votre adresse postale au long.	Ivry Nord Comté de Terrebonne Boite 18.

DÉTAILS DES CRÉANCES

23	Les frais d'enterrement ont-ils été payés? Le cas échéant, par qui?	
24	Y a-t-il une réclamation pendante contre la succession? Le cas échéant, donnez les nom et prénoms et l'adresse de chaque créancier dans cet espace et joignez sa facture. (Voir remarque ci-dessous mentionnée.)	

REMARQUE.—Le paragraphe 24 a trait aux dettes contractées pour nourriture et logement, frais de médecin et d'enterrement, emprunts, achats de marchandises, etc.; les renseignements suivants doivent être inclus dans tous les comptes:

1. Nom et adresse du créancier.
2. État détaillé de la créance, y compris la date ou les dates où la dette a été contractée.
3. A la fin de son état de compte, le créancier devra certifier que le compte est juste et raisonnable, que nul paiement, sauf ceux qui sont mentionnés, n'a été effectué à cet égard et qu'il n'a aucune garantie en sa possession. Le créancier devra alors apposer sa signature et si vous admettez que la réclamation est exacte, vous pourrez alors certifier la facture et la signer.

(VOIR AU VERSO)

DÉCLARATION

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

Je, soussigné, déclare que les renseignements qui précèdent 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.—À être signée au long en présence d'un pasteur, prêtre ou magistrat de la localité.

Jeanne Devaye Brunet (Signature du déclarant)

CERTIFICAT

Je, soussigné, certifie que, autant que je sache, Jeanne Devaye-Brunet (Nom du déclarant) est le/la la mère du défunt ci-dessus décrit et je crois que la déclaration précédente, de même que la liste des parents qui ont été fournies et signées en ma présence sont complètes et exactes.

Daté à Sainte Agathe-des-Monts ce 11e jour de Janvier 1943.

Signature du pasteur, prêtre ou magistrat. Mgr. J-B Bazinet Titre Curé

Adresse Sainte Agathe-des-Monts-Que.

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 et adresse de chaque parent survivant visé soient inscrits à l'endroit voulu dans la déclaration qui est vis-à-vis.

Received..... Checked..... Card D/ 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
30M—11-36 (9359)
H.Q. 1772-45-18

Unité LES FUS. M.-R. C.A.S.F. Matricule D6/518
Unit Regimental Number

Original
Duplicata
Triplicata

ARMÉE ACTIVE DU CANADA
CANADIAN ACTIVE SERVICE FORCE

Original
Duplicate
Triplicate

FORMULE D'ENRÔLEMENT
ATTESTATION PAPER

1. Nom (Surname) Brunet
2. Prénoms (Christian Names) Alphonse
3. Adresse actuelle (Present Address) 5663 Boyer, Montreal, Que.
4. Date de naissance (Date of birth) 19 février, 1919
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) catholique romain
7. Métier ou profession (Trade or Calling) journalier
8. Marié, veuf ou célibataire (Married, Widower or Single) célibataire
9. Nom du plus proche parent (Name of next of kin) Madame Jeanne Devailles Brunet
10. Parenté de celui-ci (Relationship) Mère
11. Adresse du plus proche parent (Address of next of kin) 5663 Boyer, Montreal, Que.
12. Avez-vous servi dans les forces navales, militaires ou aériennes? (Have you served in any Naval, Military or Air Force?) non
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) non
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?) non
(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, Alphonse Brunet, 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 21 septembre 1939 Alphonse Brunet
(Signature de la recrue)

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

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

Alphonse Brunet
(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 Montreal ce 22 jour de Septembre 1939

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

Capt., Les Fus. M.R.
(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

Etat de service de ..... Brunet ..... Alphonse ..... Matricule 61518
Record of Service of (Nom—Surname) (Prénoms—Christian Names) Regimental Number

APTITUDES
Qualifications

Militaires ..... N.A.
Military

Professionnelles ou commerciales .....
Business or Professional

Civiles ou de métier ..... Chauffeur - 3 ans.
Trade or Civil

Techniques .....
Technical

Langues ..... Français & Anglais
Languages

QUALITÉS ÉDUCATIONNELLES
Educational qualifications

Académies ..... (années complétées—years completed)
High School or Collegiate

Graduation ou (or) Immatriculation ..... 6 ans
Matriculation (Spécifier—Specify)

*Collège ..... Ecole Normal Jacques Cartier

*Université .....
University

*(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 enrolées 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	Etat 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 11, Ordres du jour, Liste des morts et blessés, etc — Part II D.O. No Cas. List, etc.	Autorisation — Authority: Daté le — Dated
		Affecté lors de son enrôlement / Joined on enlistment — Fus. M.R. C.A.S.F.						
21/9/39	F.M.R.	Taken on Strength	Sol.	21/9/39	F.M.R.	Mtl.	29/39	23/9/39
28/3/40	"	Furlough after 6 months service	"	29/3/40	"	"	7/8/40	28/3/40
	"	Embarkation S.O.S. C.A.S.F. Canada	"	30/6/40	"	Halifax	186/40	5/8/40
	"	Disembarkation T.O.S. C.A.S.F. overseas	"	7/7/40	"	Iceland	186/40	5/8/40
4/11/40	"	Embarkation Iceland	"	26/10/40	"	Reykjavik	261/40	6/11/40
4/11/40	"	Disembarkation Scotland	"	3/11/40	"	Gourock	261/40	6/11/40
		Reported for duty at Talavera Barks.	Cpl.	4 Nov 40	FMR	Aldershot	D.O. 261/40	6 Nov 40
		Granted Leave to 28 Nov 40	Cpl	19 Nov 40	FMR	Field	DO 2	25 Nov 40
		Confirmed in rank.	Cpl.	7 Jan 41	F.M.R.	Field	D.O. 3.	10 Jan 41
Cert. Q.2	2 mar. 41	Proc. on Infantry & M.G. Instructors Case.	Cpl	17 Jan 41	F.M.R.	Field	D.O. 10	3 Feb. 41

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 compensation pour invalidité? Si oui, donnez détails.....

Are you receiving or have you in the past received, disability pension or compensation? If so give details .....

LES FUS. M.-R. C.A.S.F.

H.Q.

CERTIFICAT DE L'EXAMEN MÉDICAL
CERTIFICATE OF MEDICAL EXAMINATION

Nom en entier / Name in full: alphonse Bourret — Date: Sept. 21, 1939

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

1. Age 18

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

alphonse Bourret.
(Signature de la recrue)—(Signature of recruit)

Observations des examinateurs / Examiners remarks *re* above

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): Vaccin face externe bras gauche.

2. Taille / Height: 5 pieds / feet 9½ pouces / inches. 3. Poids / Weight: 125 livres / pounds -21 lbs.

4. Teint / Complexion: Dark — Yeux / Eyes: Brown — Cheveux / Hair: Black

5. Développement / Development: Fair (Bon—Good; Passable—Fair; Médiocre—Poor)

6. Tour de poitrine—Circonférence, pleine expansion / Chest measurement—Girth on full expansion: 35½ pouces / inches — Degré d'expansion / Range of expansion: 3 pouces / inches

7. Vue, œil droit / Vision, right: 20/25 — œil gauche / left: 20/25

8. Ouïe, oreille droite / Hearing, right: W.20' — gauche / left: W20'

9. Condition de la bouche et des dents / Condition of mouth and teeth: Bonne

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:
Small left varicocele. Underweight

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. Browne Blair — (Président)—(President)
Lieut. J. Lutenberg M.D. — (Membre)—(Member)
J. M. Rousseau Lt — (Membre)—(Member)

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
12-12-39	Rep: ok - hemolysis: ok	12-12-39	Vaccination Typhoid-malaria Lt Gabourg
	Weight: 133 Lieut. Edwin Ellis	14-12-39	Tetanus Toxoidicc Lt Gabourg Major
		4-12-39	X-Ray chest negative Lt Gabourg
13-11-39	Lt Gabourg, Major	11th Mar 11	T.A.B. ½cc T.T. 1cc
20-11-39	Tabs Lt Gabourg		
24-11-39	3. Lt Gabourg		
19-2-40	Tetanus Toxoidicc Lt Gabourg		

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 compensation pour invalidité? Si oui, donnez détails / Are you receiving or have you in the past received, disability pension or compensation? If so give details — No

Matricule 61518 Grade Nom BRUNET Prénoms ALPHONSE
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 from; 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.)**

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

4
ARMY

DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE

NAVY ARMY AIR FORCE

STATEMENT OF WAR SERVICE GRATUITY

DECEASED MEMBER'S NAME: Alphonse (CHRISTIAN NAMES) BRUNET (SURNAME)

REGISTER NO. D-277
FILE NO. 405-B-13376
DATE 5-6-45
SERVICE NO. D-61518
FINAL RANK OR RATING Sgt.
DATE OF DISCHARGE 19-8-42

PAYEE Mme. Jeanne BRUNET,
ADDRESS Ivry Nord,
Co. Terrebonne, P.Q.

DATE OF TERMINATION OF OVERSEAS SERVICE 19-8-42

	$ ¢
A. TOTAL QUALIFYING SERVICE NO. OF DAYS 1061 (30) EQUAL TO 35 COMPLETE PERIODS AT $7.50 (1050 (11))	262.50
B. QUALIFYING OVERSEAS SERVICE NO. OF DAYS 774 LESS 11 INELIGIBLE DAYS, EQUAL TO 763 DAYS @ 25c. PER DAY SEE PAR. 2 OVERLEAF FOR EXPLANATION	190.75
	453.25
C. SUPPLEMENT FOR OVERSEAS SERVICE DAILY RATES AT DISCHARGE PAY $ 2.20 SUBSISTENCE OR LODGING AND PROVISION ALLOWANCE $ 1.00 ADDITIONAL PAY $ $ $ DEPENDENTS' ALLOWANCE 1/30 OF $ $ TOTAL $ 3.20 X7 = $ 22.40 NO. OF DAYS 774 (183) X$ 22.40	94.74
D. WAR SERVICE GRATUITY	547.99
E. DEDUCTIONS OVERPAYMENT OF PAY AND ALLOWANCES $ DEPENDENTS' ALLOWANCE AND ASSIGNED PAY $ OTHER DEDUCTIONS $	
F. TOTAL AMOUNT PAYABLE	547.99

RECEIVED
JUN 12 1945
WAR SERVICE GRATUITY DIVISION
ARMY TREASURY

G. YOUR PORTION OF GRATUITY IS— 100%

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

ΔT

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

TREASURY	
CHECKED BY	DATE
[signature]	6/45

[signature]
SERVICE REPRESENTATIVE

M.F.M.510.

CANADIAN ACTIVE SERVICE FORCE
OVERSEAS

District .....

Dispersal Area .....

LAST PAY CERTIFICATE
(All Ranks)

Regtl. No. D.61518 Rank and Name BRUNET A. Sgt.

of (Unit) Les Fusiliers Mont Royal. on .....

(~~Transfer or~~ Discharge) to ..... on 19th August 19 42

Reason Death Authority : C.C.L."A" 226 d/10 Dec. 42.

The following is a statement of the account of the above-named from 1st August to 31st August 1942 the inclusive date of transfer or discharge.

Dr. Particulars	Amount		Cr. Particulars	Amount	
Balance Dr. from last account			Balance Cr. from last account	58	42
First Monthly Payment			Regimental Pay 31 days at $ 2.20	68	20
Casual Payments			Technical Pay ..... days at $		
Payment 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) :					
A.R.81 d/15.8.42. U.C.149	15	65	D. P. Interest		56
I&I Aug. U.C.149		74			
" " "		30			
" " "		74			
To Balance Cr. Free	14	75			
To Balance Cr. Deferred C98	75	00	By Balance Dr.		
	89	75			
Total	127	18	Total	127	18

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

Remarks :

Assigned Pay $20.00 stopped eff. 1 September 42.

RECEIVED
PAY ACCTS BRANCH
MAY 28 1943
H.Q. OTTAWA
NATIONAL DEFENCE

Compiled by F.M. Gadsby

Checked by [illegible]

Date 12th February, 43.

FH.

Certified correct [illegible]
for Chief Treasury Officer, Overseas.

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 ..... H.M. Transport .....

Date of Disembarkation .....

_____L'an mil neuf cent dix-neuf, le douzième jour du mois de Décembre. _____

_____Devant le soussigné Albert Zénon Libersan, Notaire pour la Province de Québec, résidant et pratiquant en la paroisse de Ste-Geneviève, District de Montréal. _____

_____Et en la présence de Messieurs Ephrem Thibault, journalier, et Henri Lacelle, journalier, tous deux de la Cité de Montréal, témoins requis spécialement à l'effet des présentes. _____

A COMPARU:-

_____Monsieur Joseph Brunet, menuisier, ex-militaire, domicilié en la Cité de Montréal. _____

_____Lequel, a fait, nommé et dicté au dit Notaire en présence des témoins, son testament et ordonnances de dernières volontés ainsi qu'il suit:- _____

_____Je recommande mon âme à Dieu Tout-Puissant, le priant de me faire miséricorde. _____

_____Je veux et ordonne qu'aussitôt après mon décès, mes justes dettes soient payées, s'il s'en trouve, et les torts que je pourrais avoir causés, soient réparés par mon exécutrice testamentaire ci-après nommée. _____

_____Quant à mes funérailles, services, messes, prières pour le repos de mon âme après mon décès, je m'en rapporte à la sagesse et discrétion de mon exécutrice testamentaire. _____

_____Je donne et lègue à mon épouse, Dame Marie-Jeanne Devaye, tous les biens meubles et immeubles et autres biens généralement quelconques que je possèderai et délaisserai aux jour et heure de mon décès, l'instituant ma légataire universelle, en pleine et absolue propriété. _____

_____Je nomme et institue ma dite épouse, Dame Marie-Jeanne Devaye, exécutrice et administratrice de mon présent testament, avec pouvoir au-delà de l'an et jour. _____

_____Je révoque tous autres testaments ou codicilles que je puis avoir ci-devant faits, pour ne m'en tenir qu'au présent testament comme contenant seul l'expression libre de mes dernières volontés. _____

DONT ACTE:-

_____Fait et passé en la demeure du testateur, au No.615B de la rue DeLanaudière, en la Cité de Montréal, les jour, mois et an susdits en premier lieu, sous le numéro deux mille cent un des minutes

du

du Notaire soussigné.

Et après lecture faite du présent testament par le soussigné Notaire, en présence des témoins, au testateur, celui-ci a déclaré le bien comprendre et y persévérer, et a le dit testateur signé le présent testament en présence des dits Notaire et témoins qui ont immédiatement signé en présence du testateur, et les uns en présence des autres.

(Signé) Jos. Brunet

" Ephrem Thibault

" Henri Lacelle

" A. Z. Libersan, Notaire

Pour Copie conforme à la minute faisant partie du greffe de Me. Albert Zénon Libersan, Notaire décédé, en son vivant, du village de Ste-Geneviève de Pierrefonds, dans le comté Jacques-Cartier, District de Montréal, expédiée par nous Notaire, résidant à Ste-Geneviève, dans le Comté Jacques-Cartier, dit District de Montréal, et exerçant au dit lieu de Ste-Geneviève, cessionnaire avec la permission du lieutenant-gouverneur en son conseil, tel qu'il appert d'un arrêté en date du vingt-sept novembre mil neuf cent quarante. Copie expédiée le vingt-six février mil neuf cent quarante-trois.

Marcel Libersan
Notaire

No.2101.

Le 12 décembre 1919.

TESTAMENT

de

M. Joseph Brunet.

---

lère COPIE.

MARCEL LIBERSAN
NOTAIRE
STE-GENEVIEVE, C. J.-Cartier

A. Z. LIBERSAN,
Notaire.

The Administrator of Estates

Regimental No...D-61518.....Rank...A/Sergeant.....

.....BRUNET.....Alphonse.....
Surname Christian Names

Unit.....Fusiliers Mont Royal.....

Date of Death...19-8-42.....Place of Death...Overseas.....

Next-of-kin..Mrs. Jeanne ~~Devaille~~ Deraye Brunet...Relationship...Mother.....

Address.....Box 18, Ivry North,.....

.....Terrebonne Co., Quebec.....

.....

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

Will.....Original Will, dated 17-6-40, herewith.....

Date.....December 22nd, 1942.....

HMG/WKA

(W.E.L. Coleman) Lt.-Col.,
Officer i/c Records,
for Adjutant-General.

To be made out in duplicate

M.F.M. 5
200M—2-41 (9495-6)
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 BRUNET, Alphonse
(Surname first—Christian names in full—Block capitals)

(2) Regimental or Official Number and Rank D-61518

(3) Unit Les Fus. M.R. C.A.S.F.

(4) Are you married? No

(5) If married, state,

(*a*) Full name of your wife

(*b*) Present postal address of wife

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

(7) Are you a widower? No

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

Names and ages

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

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

Name

Postal Address

[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 .....

.....

.....

(11) Is your father alive? Yes

If so, state name and address, occupation .....

.....

(12) If your father is a widower and is totally incapacitated from earning a living—are you his sole or partial support? No

(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 .....

.....

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

(14) Is your mother alive? Yes

If so, state name and address .....

5763 Boyer St., Montreal Que.

(15) If your mother is a widow, are you her sole or partial support? No

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

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? .....

(17) Are you contributing to the support of any dependents, other than those shown above? .....
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 .....

Full Name .....

Postal Address .....

Amount contributed monthly during the past six months .....

.....

(18) Are you insured? No

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

Have you made arrangements for payment of your Insurance Premium? .....
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.

Alphonse BRUNET
(Signature of officer or man)

Date Sept. 22/39

P. Grenier, Lt-Col.

Officer Commanding Les Fusiliers Mont-Royal

Date Sept. 22/39

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.

VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO.

M.F. M 16a
10 M—1-40 (3574)
H.Q. 1772-39-1657

FORMULE DE TESTAMENT

(1) Je, ...Alphonse.....BRUNET....., de la .....Cite.....
(Nom au long)

de.....Montreal....., dans le Comté / District de.....Cartier.....,

Province de.....Quebec....., ...Journalier.....,
(Occupation civile)

N° matricule.....D-61518....., Unité Les Fusiliers Mont-Royal C.A.S.F. 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 M. Joseph Brunet (pere)

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 M. Joseph Brunet (pere)

1-B-840

(4) Je nomme Alphonse Brunet
(Nom)

334 rue Ontario E. Montreal exécuteur / exécutrice de mon présent
(adresse)
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.

En foi de quoi j'ai signé ce 17ème jour de Juin A.D. 1940

(5) G. Morin 4435 rue St Hubert
Les Fusiliers Mont-Royal C.A.S.F.
(Adresse)
(Les bénéficiaires ne peuvent être témoins)

Signature du premier témoin

Cpl Brodeur
Les Fusiliers Mont-Royal C.A.S.F.
(Adresse)

Signature du second témoin

A. Brunet
(Signature du soldat)

(VOIR AU VERSO)

RECORDS OFFICE OVERSEAS

CANADIAN MILITARY HEADQUARTERS

GRAVES REGISTRATION CARD

DATE

NAME BRUNET, Alphonse

RANK A/SGT.

UNIT LES FUS.MONT ROYAL

PLACE : Montreal, Quebec.

DATE OF BIRTH 19 Feb 1919

REGIMENTAL NO D.61518

NEXT OF KIN ADDRESS MOTHER,
Mme Jeanne Devailles Brunet, 5663 Boyer,
MONTREAL, QUEBEC.

PARTICULARS OF HOSPITALIZATION

DATE OF ADMISSION

NAME & LOCATION OF HOSPITAL

DIAGNOSIS

PARTICULARS OF DEATH

DATE OF DEATH 19 Aug 42

PLACE OF DEATH

HRS

CAUSE OF DEATH KILLED IN ACTION

Director of Records
A. G. Branch.
M.J.M. 2 (1 Dup)
OCT 30 1943
Rec'd - Filed
Nat. Defence Hqrs.
Ottawa, Canada.
RCR

PARTICULARS OF BURIAL

DATE OF BURIAL Unknown

CEMETERY Cimetiere des Vertus

DEATH CERTIFICATE NO

LOCATION OF CEMETERY Hautot-sur-Mer
(Seine-Inferieure)

~~PLOT NO~~ Tomb No.458.

DATE OF REGISTRATION

MARKERS TEMPORARY

MARKERS PERMANENT

INSCRIPTION (IF ANY)

REMARKS

DISPOSAL OF EFFECTS Administrator of Estates, Ottawa, Ont. 8th Mar.43.

RELIGION R.C.

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

SEP 8 1943

N.B. This burial report contains all information at present available, but is subject to revision by this Office.

(H.F.Balsdon) Lieut.

For (R.T.E.Hicks-Lyne) Lt.-Colonel
Officer i/c Records.
Canadian Military Headquarters.

Noted

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: BRUNET, (*Block letters*)

Given names: Alphonse.

Do not write in this space

4. RESIDENCE

Street: Boyer, No. 5663

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: February (Month) 19th, (Day) 1921. (Year)

12. AGE OF DECEASED	Years	Months	Days	If less than one day old
	21	6	1	....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	BRUNET, Joseph.	
MOTHER (Maiden name)		

19. Place of burial, cremation or removal:

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) 19th, (Day) 1942. (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**

OVERSEAS CASUALTY CANADIAN ARMY

Signed ....**M.D.**

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

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

F. B. Radiker

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)

for Director of Records, Dept. of National Defence.

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

RÉSIDENCE

4. 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)

405-B-13,376
(DR)

- A R M E E -

le 11 décembre 1942.

/MD.

Chère madame,

Je regrette profondément de vous faire savoir que votre fils, le sergent intérimaire Alphonse Brunet, numéro matricule D.61518, a donné sa vie pour sa patrie à Dieppe, en France, le 19 août 1942. D'après les renseignements que nous avons reçus, votre fils a été tué au cours de l'engagement.

Vous pouvez compter que dès que nous recevrons des renseignements supplémentaires, nous vous en ferons part.

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

Nous rendons hommage au sergent intérimaire Brunet pour son vaillant sacrifice.

Votre bien dévoué,

L'adjudant-général,

Major - General
Adjutant - General

DEC 11 1942

(H.F.G. Letson),
major-général.

Mme Jeanne Devailles Brunet,
Casier 18,
Ivry nord,
Comté de Terrebonne, Qué.

CANADA

QUOTE NO. H.Q. 405-B-13,376 (D.R.)

DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE
ARMY

OTTAWA, CANADA,

December 10, 1942

FOR TRANSLATION

Mrs. Jeanne Devailles Brunet,
Box 18, Ivry North,
Terrebonne County, Quebec.

Dear Madam:

I deeply regret to inform you that your son, D.61518 Acting Sergeant Alphonse Brunet, gave his life in the Service of his Country at Dieppe, France, on the 19th day of August, 1942. From 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,

GR/SJR

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

Nat. Def. A-168-A
1,000M—3-42 (3789)
H.Q. 1772-39-376

OFFICIAL CANADIAN ARMY OVERSEAS CASUALTY NOTIFICATION

NUMBER D.61518 RANK Acting Sergeant SERVICE UNIT Fusiliers Mont Royal

NAME BRUNET, Alphonse

DATE OF BIRTH DAY 19th MONTH February YEAR 1921

MARITAL STATUS Single

NEXT OF KIN AS SHOWN ON M.F.M. 1, 2 & 5 RELATIONSHIP Mother NAME Mrs. Jeanne Devailles Brunet

ADDRESS Box 18, Ivry North, Terrebonne County, Quebec. ADDRESS D.A.B.

ADDITIONAL PERSON TO BE NOTIFIED ADDRESS

PARENTS NAME

ADDRESS (IF SOLDIER MARRIED OVERSEAS)

AUTHORITY CAS. SIG. NO. SBC 277 H.Q.405-B-13376

CASUALTY DETAILS Previously reported missing in action now reported killed in action. DATE 19-8-42

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 10-12-42

OFFICER I/C RECORDS

5

COPY FOR C.R. FILE

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
100M—4-42 (4370)
H.Q. 1772-39-1677

CANADIAN ARMY

PROCEEDINGS ON DISCHARGE

MH

(These proceedings should be accompanied by the documents specified on fourth page)

Regimental No. D-61518	Rank Sgt. DECEASED.

Surname BRUNET,

Christian name Alphonse,

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

Unit or Corps Fusiliers Mont-Royal, C.A.(A).

Date of discharge 19-8-42

Place of discharge Overseas. Mil. Dist. No.

1. DESCRIPTION AT DATE OF DISCHARGE

Age 18 years months

Height 5 feet 9½ inches

Complexion Dark

Eyes Brown

Hair Black

Trade Laborer.

Descriptive marks

Vaccin face externe bras gauche.

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 man 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.

To be in the handwriting of the Commanding Officer, who will himself make identical entries on the discharge certificate and initial them.

3. Conduct while in the service has been, according to the records, etc.

N.B.—See K.R. Can. 385. This will be assessed when practicable, by the Commanding Officer, in the presence of the soldier and the Officer Commanding his Squadron, Battery or Company.

4. Special qualifications for employment in civil life. (*Vide* K.R. Can. 384.)

(OVER)

5. He is in possession of the following number of G.C. Badges:

5A. Service Button (Class and number.....)
(If and when authorized)

No reference to G.C. Badges is to be made on either the discharge or character certificate.

6. Medals and Decorations..... .....

.....

.....

.....

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

7. I have impartially enquired into all matters concerning this soldier's discharge brought before me in accordance with Regulations.

(Place).....

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

8. **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 on the third page, and that I have received my permanent discharge certificate.

(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.

9. **Statement of Service**

(Date of enlistment—Canadian Army)..... 21-9-39

(Date of discharge—Canadian Army)..... 19-8-42

(Total Service—Canadian Army).....years.....days

10. **Confirmation of Discharge**

The discharge of the above-named man is hereby confirmed.

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

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

List of Discharge Documents

Field Conduct Sheet (M.F.M. 6).

Certified Copies of Convictions by Civil Power.

Casualty Form (M.F.M. 4).

Proceedings Medical Board (2 copies).

Medical Case History Sheet.

Dental History Sheet.

Last Pay Certificate.

Duplicate Discharge Certificate (M.F.M. 7).

Form of Will (M.F.M. 10 or 10A).

Certified Copy of Record of Declaration of Court of Inquiry (K.R. Can. 1513).

Attestation (Duplicate and Triplicate M.F.M. 2).

Particulars of Family (M.F.M. 5).

Proceedings on Discharge.

Documents not accompanying this form should be crossed out.

I hereby certify that the following documents are unobtainable.

.....

Officer Commanding

Reservations referred to at Para. 8

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

(Date).....

.....

(Signature of Soldier)

Statement of the Service of No. D-61518 Rank Cpl. Sheet No.

M.F.M.1 & 2A
40/P & S/119

Name Brunet A.

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
		Off Comm. to Inf. & M.G. Instr. Crse.	Cpl.	28 Feb. 41	F.M.R.	Field	19	14 Mar. 41
		Priv. Leave with warrant - 9 days	Cpl.	25 April 41 4 May 41	F.M.R.	Field	29	9 May 41
		Priv. Leave to 12th Sept 41	Cpl.	5 Sept 41	F.M.R.	UK	51	12 Sept 41
		P/Leave 13. W.W.	Cpl.	16 53 Jan 42	F.M.R.	UK.	7.	31 Jan 42.
		To be A/Sgt	A/Sgt	10 Mar 42	F.M.R.	UK	16	20 Mar 42
		P/Leave (4) NO FTW. 7 days to 27 apr 42	A/Sgt	20 Apr 42	F.M.R.	UK	28	14 May 42
		Priv. Leave to 1 Aug 42	~~Pte~~ Sgt	25 July 42	F.M.R.	UK	43	14 Aug 42
		Confirmed in Rank of Sgt.	Sgt	11 June 42	F.M.R.	UK	44	24 Aug 42
		Embarked in U.K. (Jub. Oper.) for France	Sgt	18 Aug 42	F.M.R.	U.K.	49	10 Sept 42
		S.O.S. to "X" List (Missing)	Sgt	19 Aug 42	F.M.R.	U.K.	46	30 Aug 42
		T.O.S from F.M.R.	Sgt	30 Aug 42	X LIST F.M.R.	UK	1	5 Oct 42
		S.O.S Killed in action	Sgt	19 Aug 42	X LIST F.M.R.	UK	10	21 Dec 42

Statement of the Service of No. D 61518 Rank Sgt. Sheet No.

Name BRUNET, Alphonse.

M.F.M.1 & 2A
40/P & S/119

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
		Off Comm to Inf & M.G. Inst Crse	Cpl	28 Feb. 41	F.M.R.	Field	19	14 Mar. 41
		Priv. Leave with warrant - 9 days	Cpl	25 April, 41. 4 May, 41.	F.M.R.	Field	29	9 May, 41
		Priv. leave to 12 Sept. 41	Cpl	5 Sept. 41	F.M.R.	U.K.	51	12 Sept. 41
		P/Leave P.3. W.W.	Cpl	16/23 Jan. 42	F.M.R.	U.K.	7	31 Jan. 42
		To be A/Sgt.	A/Sgt.	10 Mar. 42	F.M.R.	U.K.	16	20 Mar. 42
		P/Leave (4) No. F.T.W. - 7 days to 27 Apr. 42	A/Sgt.	20 Apr. 42	F.M.R.	U.K.	28	14 May. 42
		Priv. Leave to /Aug. 42	Sgt.	25 July, 42	F.M.R.	U.K.	43	14 Aug. 42
		Confirmed in Rank of Sgt.	Sgt.	11 June, 42	F.M.R.	U.K.	44	24 Aug. 42
		Embarked in U.K. (Jub. Oper.) for France	Sgt.	18 Aug. 42	F.M.R.	U.K.	49	10 Sept. 42
		S.O.S. to "X" List (Missing)	Sgt.	19 Aug. 42	X List F.M.R.	U.K.	46	30 Aug. 42
		T.O.S. from F.M.R.	Sgt.	20 Aug. 42	X List F.M.R.	U.K.	1	5 Oct. 42
		S.O.S. Killed in action	Sgt.	19 Aug. 42	X List F.M.R.	U.K.	10	21 Dec. 42

(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
		F.M.R	Embarkation S.O.S. CBST Canada	Halifax	30/6/40	PTE	186-40
		"	Disembarkation	Ireland	4/7/40	"	186-40
4-11-40			Embarkation Iceland	Reykja	26,1040		261-40
4-11-40			Disembarkation Scotland	Gourock	3-11-40		261-40
20/11/40	O.C.	"	Granted landing and Privilege leave (19 to 28 Nov. 40)	Eng.	19/11/40	"	2/25-11-40
8 Jan-41	"	"	Confirmed in his rank of Cpl.	"	7 Jan-41	"	3/10 Jan-41
31 Jan 41	"	"	Proceeded on a Course for Infantry & M.G. Instrs.	"	17 Jan-41	Cpl. "	10/3 Jan-41
7/3/41	"	"	Returned from Command	"	28/2/41	"	19/14-3-41
26/4/41	"	"	Privilege Leave (9 days)	"	25/4/41	"	29/9-5-41
5 Sept 41	"	"	Leave 7 days (P-2)	"	5 Sept 41	"	51/12-9-41
16-1-42	"	"	Privilege Leave. P.3. (7 days) W.W	"	20-1-42	"	7-28-1-42
12-3-42	"	"	To be A/sgt.	"	10-3-42	A/Sgt.	16-20-3-42
4/5/42	"	"	P.L. No FTW - 7 days - P-4	"	20-4-42	"	28/14-5-42
28/7/42	"	"	P.L. 7 days	"	25/7/42	"	43/14-8-42
10/8/42	"	"	Confirmed Sgt.		11/6/42	Sgt.	44/20 Aug 42
	(Jubilee Operation).		Embarked for France (Jubilee Operation)	U.K.	18 Aug. 42	"	49/10-9-42
			S.O.S. Missing	U.K.	19 Aug. 42	"	46/30-8-42
			T.O.S. X-List F.M.R	✓	20/8/42	✓	1/5-10-42
14-12-42	Ech		S.O.S. having been killed		19/8/42	"	10/21-12-42

SERVICE AND CASUALTY FORM

PART I (For all ranks)

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

Unit: Les Fusiliers Mont-Royal, C.A.S.F. Regimental Number: D61518

1. Surname: BRUNET
2. Christian Names: Alphonse
3. *Substantive Rank and Appointment:
   *Acting Temporary or Local Rank: Sgt
   giving date: 10/3/42
   *To be entered in pencil to facilitate alteration.
4. Place of birth: Montreal, P.Q. Canada
5. Date of birth as declared on attestation: 19/2/19
   (A)
6. Date of enlistment: 21/9/39
7. Place of enlistment: Montreal, P.Q. Canada
8. Residence at time of enlistment: 5663 Boyer, Mtl. P.Q. Canada
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:
13. Trade on enlistment: Journalier
14. Corps, trade and grade:
15. (D) Qualifications:
16. (E) Miscellaneous entries:

(17) Regiment or Corps: Les Fus. M.R. C.A.S.F.

Unit (Battn., etc):

(18) Medical:

Category	Date	Authority
"A"	21/9/39	Med. Board Mtl.

(19) Next of kin (entries to be made in pencil): Jeanne (Devailles) Brunet Mère 5663 Boyer, Mtl. P.Q. Canada

(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.

MEDALS AND MEMORIALS—DECEASED PERSONNEL

REGISTRATION NO. DATE OF DESPATCH

(1) MEDALS

PERSON ENTITLED TO Mrs. J.D. BRUNET, (Mother)

ADDRESS: Box 18, Ivry North, Terrebonne Co., P.Q.

(2) MEMORIAL CROSS

WIDOW

ADDRESS:

(3) MEMORIAL CROSS

MOTHER Mrs. Jeanne Devailles Brunet,

ADDRESS: Box 18 Ivry North, Terrebonne Co., P.Q.

2940 - 14 - 3 - 50.

(1) MEMORIAL BAR
DATE DESP
REGN. NO 3767

(2)

(3) DESP. MAR 16 1943
REGN No. 1343

9-12-42
(O.C.L.-215)

AWARDS—CANADIAN ARMY (ACTIVE)

M 1438

100M—10-41 (2195)
H.Q. 1772-45-8

FILE NO. 405-B-13,376

SURNAME (IN BLOCK LETTERS)	CHRISTIAN NAMES	REG. NO.	RANK ON DISCHARGE	C.A.S.F. UNIT
BRUNET,	Alphonse	D.61518	A/Sgt.	Regt.de Quebec

WAR SERVICE BADGE (CLASS) NO. DATE DESPATCHED:

ADDRESS:

CAMPAIGN MEDALS	REGISTRATION NUMBER AND DATE DESPATCHED
1939-45 Star	
~~Defence Medal~~ War Medal	
C.V.S.M. & Clasp	

(THE REVERSE TO BE USED FOR ESTATE PURPOSES)