D62382
BURKE
CYRIL

MÉMORANDUM POUR

P. 64

Mme Pauline Poirier,
22 rue de l'Eglise,
Ville St-Laurent, 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-13,455 FD.357

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE
OTTAWA, ONT.

le 29 avril 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

BURK, Cyril, Soldat.,

No. D.62382,

Les 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.-Col.,
L'administrateur des successions.

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.....		Nil		
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.....		Nil		
3	Père du défunt.....		Ernest Burke		Décédé
4	Mère du défunt.....		Eva Laflamme		Décédée
5	Frères du défunt	Frères germains	Léon Burke		532 King Ouest Sherbrooke P.Q.
		Demi-frères			
6	Sœurs du défunt	Sœurs germaines	Laura Ida Burke Menard		Granby
		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 ÉTRE 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?	Francis Cyril Henry Burke
11	Indiquez le mois et l'année de sa naissance.	28 novembre 1918
12	Où et quand ses parents s'étaient-ils mariés?	Je l'ignore
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?	non

DÉTAILS DE DOMICILE

16	Où le défunt était-il né?	Sherbrooke P. Q.
17	Dans quel province, pays ou état a-t-il demeuré et demeurait-il en dernier lieu?	Province de Québec
18	Combien de temps dans chacun d'eux?	Toujours
19	Quelle était la nature de son emploi?	journalier
20	Était-il propriétaire de la maison ou du homestead où il demeurait? Le cas échéant, à quel endroit?	non
21	A-t-il jamais déclaré de vive voix, ou par écrit, où il entendait vivre d'une façon permanente?	non
22	Indiquez votre adresse postale au long.	22 rue de l'Église, Ville St Laurent P. Q.

DÉTAILS DES CRÉANCES

23	Les frais d'enterrement ont-ils été payés? Le cas échéant, par qui?	Frais de service religieux — par moi —
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.)	non —

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)

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

DÉCLARATION

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 adoptive du défunt.

N.B.—À être signée au long en présence d'un pasteur, prêtre ou magistrat de la localité.

Mde Pauline Poirier — Signature du déclarant

CERTIFICAT

Je, soussigné, certifie que, autant que je sache, Madame Pauline Poirier (Nom du déclarant) est le/la mère adoptive 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 Ottawa ce troisième jour de Mai 1943

Signature du pasteur, prêtre ou magistrat. [illegible] Titre Capt.

Adresse Estates Branch, Ottawa Ont.

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 MAR 11 1941 Checked "E" Card Observations

INSPECTED
M.F.M. 2 Fr.
A.F.B. 271
120 M-8-39 (1606)
H.Q. 77-28-18
JUL 23 1941
Military District No. 5
Record Office

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.

Unité (Unit): Les Fusiliers Mont-Royal C.A.S.F.

Matricule (Regimental Number): D62382

Original / Duplicata / Triplicata — Original / Duplicate / Triplicate

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

1. Nom (Surname): BURKE
2. Prénoms (Christian Names): CYRIL
3. Adresse actuelle (Present Address): 22 rue de l'Eglise, Ville St-Laurent, P.Q. Can.
4. Date de naissance (Date of birth): 28 novembre 1918
5. Lieu de naissance (Place of birth): Canada (Pays)—(Country) Quebec (Comté ou province)—(County or Province) Sherbrooke (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): Celibataire
9. Nom du plus proche parent (Name of next of kin): BURKE Leon
10. Parenté de celui-ci (Relationship): Frere
11. Adresse du plus proche parent (Address of next of kin): Sherbrooke, P.Q. Can. rue King.
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): N.A.
14. Faites-vous actuellement partie de la milice active du Canada ou avez-vous déjà servi dans cette force? (Do you now belong to or have you served in the Active Militia of Canada?): 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, BURKE Cyril, 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: 6 juillet 1940

Cyril Burke
(Signature de la recrue)

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

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

Cyril Burke
(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 6e jour de juillet 19 40

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

Major (Les F.M.R. CASF.)
(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

Cau de Sherrill 2/Lt.

Burke

État de service de / Record of Service of: BURKE (Nom—Surname) CYRIL (Prénoms—Christian Names) Matricule / Regimental Number: D62382

APTITUDES
Qualifications

Militaires / Military: N.A.

Professionnelles ou commerciales / Business or Professional: N.A.

Civiles ou de métier / Trade or Civil: Journalier

Techniques / Technical: N.A.

Langues / Languages: Anglais Francais

QUALITÉS ÉDUCATIONNELLES
Educational qualifications

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

Graduation ou (or) Immatriculation / Matriculation: N.A. (Spécifier—Specify)

*Collège: Orphelinat d'Huberdeau, Huberdeau, P.Q. Can. 2e annee

*Université / University: N.A.

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

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

Rapport — Report: Date	Rapport — Report: Reçu de — From whom received	État des promotions, rétrogradations, mutations et permutations, maladies ou blessures rapports, etc., à compter de la date de son enrôlement dans les troupes de campagne — Record of Promotions, Reductions, Transfers, Casualties, Reports, etc. from date taken on strength of Field Force	Grade indiqué — Rank shown	Prenant date le — Effective date	Unité — Unit	Endroit — Place	Autorisation — Authority: N°, Partie II, Ordres du jour. Liste des morts et blessés, etc. — Part II D.O. No. Cas. List, etc.	Autorisation — Authority: Daté le — Dated
		Affecté lors de son enrôlement / Joined on enlistment						
6-7-40	F.M.R.	Ajoute a l'effectif (Depot)	Pte	6-7-40	F.M.R. Depot	Montreal	10.5	8 Jul 40
		SOS to Can Ord (R) Trg Regt		17 Jul 40	"		10.8	17 Jul 40
19-7-40	"	T.O.S. on att. C.I.R.T.C.,	"	18-7-40	"	Valcartier	19.4	19-7-40
6-2-41	C.I.R.T.C.	S.O.S. Reinforcements F.M.R.	"	6-2-41	"	"	D.O. Pt.II #32	6-2-41
		SOS CASF (CANADA) ON EMBARKATION AT Halifax ON 16-2-41						
		Do 87. 13 Apr 42. 17-2-41						
		TOS CASF (OVERSEAS) ON TRANSFER ON 17-2-41 AND DISEMBARKED AT Liverpool ON 1-3-41			2/C2 HU	Witley	100-52	3/3/41
		Granted 5 days Landing Leave (with warrant)	Pte	19 Mar 41	2/1 HU	Witley	#71	25 Mar. 41
		Attd to 15th Gen Hosp for all purposes except pay	Pte	16 June 41	2/1 HU	"	144	19 June 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

Les Fusiliers Mont-Royal C.A.S.F.

CERTIFICAT DE L'EXAMEN MÉDICAL
CERTIFICATE OF MEDICAL EXAMINATION

Nom en entier (Name in full) Burke Cyril Date 3-7-40

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

1. Age 22 2. Avez-vous déjà souffert de l'une quelconque des maladies suivantes? (Have you ever suffered from any of the following diseases?)

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

Cyril Burke
(Signature de la recrue)—(Signature of recruit)

Observations des examinateurs (Examiners remarks re above) Ears & reflexes normal.
Color vision (Ishihara) C.N. A.Delahaye Capt. Urine N
X Ray N

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

1. Marques ou cicatrices d'identification (si celles-ci sont opératoires, obtenir les détails) (Identification marks or scars (If operative obtain history).) 1 Vacc. left arm.
2. Taille (Height) 5 pieds (feet) 4½ pouces (inches).
3. Poids (Weight) 140 livres (pounds)
4. Teint (Complexion) Fair Yeux (Eyes) Hazel Cheveux (Hair) Brown
5. Développement (Development) Good — Bon—Good / Passable—Fair / Médiocre—Poor
6. Tour de poitrine—Circonférence, pleine expansion (Chest measurement—Girth on full expansion) 35 pouces (inches) Degré d'expansion (Range of expansion) 3 pouces
7. Vue, œil droit (Vision, right) 20 50 œil gauche (left) 20 30
8. Ouïe, oreille droite (Hearing, right) WV 20 gauche (left) WV 20
9. Condition de la bouche et des dents (Condition of mouth and teeth) Fairly good.
10. Les anormalités (congénitales et pathologiques) constatées lors de l'examen sont les suivantes: (The abnormalities (congenital and pathological) found on examination are as follows:)

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

et il peut être classé dans la catégorie A

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

(Président)—(President) Capt (Membre)—(Membre) Lt. (Membre)—(Member) Capt

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
19-7-40	Vacc P. Roy major		
19-7-40	TAB		
20-8-40	2 " "		
27-8-40	3 " "		
19-7-40	Tetanus 1cc P. Roy major		
27-8-40	2 - - -		

DÉJÀ REÇU UNE PENSION OU UNE COMPENSATION POUR INVALIDITÉ, SI OUI, DONNEZ DÉTAILS ..... NO

Matricule / Regtl. No. D62382 Grade / Rank Pte Nom / Surname BURKE Prénoms / Christian Name Cyril

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

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.)**

S[redacted]ent [redacted] Service of No. D62382 Rank [redacted]

Name Burke C.

Sheet No.

M.F.M. 1 & 2 (a)
700 M—8-39 (1697)
H.Q. 1772-45-13

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
		Leave to be att'd to 15th Gen. Hosp.	Pte	23 June 41	2/1HU	Nikley	149	25 June 41
		Att'd to 15th Gen. Hosp. for A/P except pay	Pte	28 July 41	2/1HU	U.K.	178	30 July 41
		Ceases to be att'd 15 Gen. Hosp. for A.P. except pay	Pte	3 Aug. 41	2/1HU	U.K.	194	19 Aug. 41
		9 days Priv. Leave (1st) with warrant	Pte	4/13 Aug 41	2/1HU	U.K.	181	2 Aug 41
	D.O. 275 d/19.11.41. D.O. 202	Att'd to 15 Gen. Hosp. (Guard duty) for A.P. except pay	Pte	17 Aug. 41	2/1HU	U.K.	193	18 Aug. 41
Cancelled	d/28-8-41.	~~Ceases to be att'd 15 Gen. Hosp. for A.P. except pay~~	Pte	~~24 Aug. 41~~	~~2/1HU~~	~~U.K.~~	~~201~~	~~27 Aug. 41~~
		Ceases to be att'd 15 Gen. for A.P. except Pay	Pte	24 Aug. 41	2/1HU	U.K.	215	11 Sept. 41
		Att'd 15 Gen. Hosp. for A.P. except Pay	Pte	7 Sept 41	2/1HU 15 Gen Hosp.	UK.	215.	8 Sept 41.
		Ceases to be att'd 15 Gen. Hosp. for A.P. except Pay	Pte	14 Sept 41	2/1HU 15 Gen Hosp.	U.K.	222	11 Sept. 41
SOS		S.O.S. on posting F.M.R.	Pte	18 Sept 41	2/1HU	U.K.	222	15 Sept 41.
	TOS	TOS from 2/1HU to FMR forfeits 3 days pay. AWL 17 to up 8/11/41 — 145 hrs 9/11/41. FR&I 149(1)(A) & 149(2)	Pte	19 Sept 41	FMR	UK	54	19 Sept 41
		Please WW.	Pte	11 Nov 41	FMR	UK	63	30 Sept 41
		Admitted to Hd. Qrs.	Pte	21 Nov. 41	FMR.	UK.	65.	19 Nov. 41
		Trans. to 5 C.C.S.	Pte	29 Jan 42.	FMR	UK	8	25 Nov. 41.
		Disch. from 5 C.C.S.	Pte	29 Jan 42	FMR.	UK.	8.	6 Feb 42.
		PRW Leave to 22 June 42 (7 days)	Pte	6 Feb 43	FMR	UK.	9	6 Feb 42.
		Embarked UK for France (SUB-OPER)	Pte	15 June 42	FMR	UK	38	24 Feb 43.
SoS		SOS to "X" List (Missing)	Pte	18 Aug 42	FMR	UK	49	10 July 42.
	TOS	TOS from F.M.R.	Pte	19 Aug 42	FMR	UK	46	10 Sept 42
			Pte	20 Aug 42	X LIST FMR	UK	1	30 Aug 42
								5 Oct 42

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

Name Burke, C.

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

REPORT		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	
Date	From whom received						Part II D.O. No. Cas. List, etc.	Dated
FEB 1	1943 BAC	DOS Killed in action	Pte	19 Aug 42	XLIST FMR	UK	1	16 Jan 43

405140 B-620

No D.62382 Rank Private Name BURKE Cyril.

Unit Les Fus. Mont-Royal. Date of death 19-8-42

Died at France.

Cause Killed in action.

Death occurred on strength of Forces.HQ 405-B-13455 d 11-1-43

N/K Mr. Leon Burk Relationchip Brother

Address King Street, Sherbrooke, P.Q.

Remains buried in Des Vertus Cemetery

Hautot-Sur-Mer, France.

Grave location Grave 73.

CHK ✓

OVER

DEATH CERT. TO N.K.

BURIAL REPORT TO N.K. 14-6-43

RETURN TO BUR. OF STAT. 8-4-43

ROYAL MESSAGE DESP'D. JAN 31 1943

CAN. MESSAGE DESP'D. 14-1-43

Redesignated

Hautot-sur-Mer Cdn Mil Cem.
Hautot-sur-Mer, France.

Grave 9, row C.

HI & CR Form Despd. OCT 17 1946

CASUALTIES, ETC.

NATURE E. G. ABSENCE, PROMOTION, ETC.	PART 11, D. O.		REMARKS IF IN HOSPITAL, NOTE NAME, ETC.
	No.	DATE	
T.O.S.	100	8/7/40	W.E.F. 6/7/40
On transfer S.O.S.	108	17/7/40	W.E.F. 17/7/40
T.O.S. C.I.(R) T.C.	174	19-7-40	EFF 18-7-40
S.O.S. C.I.(R) T.C.	32	6-2-41	EFF 6-2-41
T.O.S. 2 L.F.A.U.	52	3-3-41	" 16-2-41
attached to 15 F.A.	144	19.6.41	" 16.4.41 (Guard Duty)
Ceased to be attached to above	149	25.6.41	" 23.6.41
attached to 15 F.A. for all	178	30.7.41	" 28.7.41
purposes except Pay			
Returned from above	194	19-8-41	" 3-8-41.
~~att. 15 F. Hosp.~~	~~193~~	~~18-8-41~~	~~" 17-8-41~~ D.O. 202
~~Ret. from above~~	~~201~~	~~27-8-41~~	~~" 24-8-41~~
attached 15 Fld Hosp.	215	11.9.41	" 7.9.41.
Ceased to be att. to 15 F.A.	215	11.9.41	" 24.8.41.
SOS 2 C.I.H.U. to F.M.R.	222	19.9.41	" 18-9.41
T.O.S. F.M.R. from 2-C.I.H.U.	54	30-9-41	" 19-9-41

D/ D-62382 4

NAME BURKE, Cyril

REGIMENTAL NO. D62382 RANK Pte

ENLISTED AT Montreal. Can. PROMOTIONS, ETC. AND DATE

DATE 6 juillet 1940

IF SERVED PREVIOUSLY, STATE UNIT, ETC. LES FUS. M. R. CASF.

MARRIED, WIDOWER, OR SINGLE Single

NEXT OF KIN BURKE Leon RELATIONSHIP Frere

ADDRESS OF Rue King, Sherbrooke, P.Q. Can.

ASSIGNMENT OF PAY, $ 3 C.O.D. W.E.F. Aug. 1940 20.00 EFF: 1-6-41

ADDRESS Waterloo Ont.

DEPENDENT'S ALLOWANCE, ENTITLED OR NOT

DATE APPLICATION FORWARDED TO DISTRICT PAYMASTER

M. F. M. 14

5M—6-40 (3678)

H.Q. 1772-39-1662

IN WHOSE FAVOUR MRS APOLINE POIRIER. 22 DE L'EGLISE ST- ST LAURENT P.Q. CANADA

The Mutual Life Assurance Co. of Canada

MEDALS AND MEMORIALS—DECEASED PERSONNEL

REGISTRATION NO. DATE OF DESPATCH

(1) MEDALS

PERSON ENTITLED TO Mrs. P. POIRIER (ADOPTED MOTHER)

ADDRESS: 22 me de L'Eglise,
Ville St.Laurent, P.Q.

(2) MEMORIAL CROSS

WIDOW (SINGLE)

ADDRESS:

(3) MEMORIAL CROSS

MOTHER (DECEASED)

ADDRESS:

MEMORIAL BAR

(1)

DATE DESP.

REGN. NO. 9050

(2)

(3)

11-1-43
(O.C.L.-247)

AWARDS—CANADIAN ARMY (ACTIVE)

M

100M—10-41 (2195)
H.Q. 1772-45-8

FILE NO. 405-B-13455

SURNAME (IN BLOCK LETTERS)	CHRISTIAN NAMES	REG. NO.	RANK ON DISCHARGE	C.A.S.F. UNIT
BURK,	Cyril	D.62382	Pte.	Regt.de Quebec

WAR SERVICE
BADGE
(CLASS) NO. DATE DESPATCHED:

ADDRESS:

CAMPAIGN MEDALS	REGISTRATION NUMBER AND DATE DESPATCHED
1939-45 Star	
Defence Medal	6348. 17/3/50
War Medal	
C.V.S.M. & Clasp	

(THE REVERSE TO BE USED FOR ESTATE PURPOSES)

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: BURK (*Block letters*)

Given names: Cyrill.

4. RESIDENCE

Street: rue de L'Eglise. No. 22

Official name of civil municipality or township: Ville St-Laurent

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: November (Month) 23th, (Day) 1918. (Year)

12. AGE OF DECEASED	Years	Months	Days	If less than one day old
	23	8	22	....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	Deceased.	
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: (Month) (Day) (Year) 19....

Do not write in this space

CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

22. Date of death: August (Month) 19th, (Day) 19 42. (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 (State which) Date ....19....

Manner of injury (How sustained)

Nature of injury

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

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

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

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

J. B. Radine

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.

OVERSEAS CASUALTY
CANADIAN ARMY

Doit être fait en double exemplaire

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

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

INSTRUCTIONS:

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

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

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

---

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

(2) Matricule et grade D62382

(3) Unité ..... LES FUSILIERS MONT ROYAL. CASF.

(4) Êtes-vous marié? ..... NON

(5) Si oui, donnez

(*a*) le nom entier de votre épouse ..... N.A.

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

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

Sinon, donnez-en les raisons ..... N.A.

.....

(7) Êtes-vous veuf? ..... NON

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

Si oui, indiquez le nombre de garçons et de filles ..... N.A.

Donnez aussi leurs noms et leurs âges ..... N.A.

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

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

Nom ..... N.A.

Adresse postale ..... N.A.

(VOIR AU VERSO)

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

NON

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

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

Si oui, donnez son nom, son adresse et son emploi N.A.

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

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

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

N.A.

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

Dans l'affirmative, donnez son nom et son adresse N.A.

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

(16) Si vous êtes le soutien unique ou partiel de votre mère veuve, indiquez la somme mensuelle que vous lui donniez avant de faire partie de l'A.A.C. ou du C.A.R.C. (Réserve spéciale).

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

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

Si oui, donnez les détails suivants: —

Degré de parenté N.A.

Nom en entier N.A.

Adresse postale N.A.

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

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

(19) Êtes-vous assuré? OUI

Si oui, dites dans quelle compagnie? Metropolitan Life

(Indiquez le numéro de la police)

Avez-vous pris les dispositions nécessaires pour le paiement de votre prime d'assurance?

OUI Sinon, et s'il s'agit d'une prime mensuelle, vous pouvez déléguer le montant de cette prime en plus de toute autre délégation que vous désirez faire, pourvu que la délégation totale ne dépasse pas le montant mensuel maximum qui peut être délégué.

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

Cyril Burke

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

Date 6 juillet 1940

Officier Commandant Depot Regimentaire

Les F.M.R. CASF.

Date 6 juillet 1940

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

VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO.

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

FORMULE DE TESTAMENT

(1) Je, BURKE Cyril (Nom au long), de la Ville de Saint-Laurent, dans le Comté / District de Ville-St-Laurent, Province de Quebec, Journalier (Occupation civile),

N° matricule D62782, Unité Les F.M.R. CASF., 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

Pauline ~~[illegible]~~ POIRIER, proprietaire

Tous mes biens, meubles et effets

22 rue de l'Eglise, Ville St-Laurent. P.Q. Can.

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 Pauline ~~[illegible]~~ POIRIER (Nom)

22 rue de l'Eglise, Ville St-Laurent. Que 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.

(5) Léon de Morel 2/Lt

Signature du premier témoin

.....
(Adresse)
(Les bénéficiaires ne peuvent être témoins)

Jos Boisseau sergt

Signature du second témoin

.....
(Adresse)

En foi de quoi j'ai signé ce 6ème jour de juillet A.D. 1940

Cyril Burke
(Signature du soldat)

(VOIR AU VERSO)

M.F.M.510.

CANADIAN ACTIVE SERVICE FORCE
OVERSEAS

District .....

Dispersal Area .....

LAST PAY CERTIFICATE
(All Ranks)

Regtl. No. D.62382 Rank and Name BURKE C. PTE.

of (Unit) Les Fusiliers Mont Royal on

~~(Transfer or~~ Discharge) to on 19 Aug 19 42

Reason Death Authority : C.C.L. "A" No.233 d/11 Dec 42.

The following is a statement of the account of the above-named from 1 Aug to 31 Aug 19 42. the inclusive date of transfer or discharge.

Dr. Particulars	Amount		Cr. Particulars	Amount	
Balance Dr. from last account			Balance Cr. from last account	53	77
First Monthly Payment			Regimental Pay 31 days at $ 1.30	40	30
Casual Payments			Technical Pay days at $		
Payment 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):					
AR.81 d/15.8.42. U.C.149.	8	94	Def. Pay Interest	2	17
I & I Roll Aug U.C.149	4	98			
To Balance Cr. Free	11	32			
To Balance Cr. Deferred	51	00	By Balance Dr.		
67	62	32			
Total	96	24	Total	96	24

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

Remarks :

Assigned Pay $20.00 stopped eff. 1 Sep 42.

ESTATES BRANCH APR 20 1943 H.Q. OTTAWA NATIONAL DEFENCE

Compiled by F.M. Gadsby.

Checked by [signature]

Date 3 Feb 19 43.

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

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 ASF. Regimental Number: D62382

1. Surname: BURKE
2. Christian Names: CYRIL
3. *Substantive Rank and Appointment:
   *Acting Temporary or Local Rank: Pte
   giving date: 6-7-40
   *To be entered in pencil to facilitate alteration.
4. Place of birth: Sherbrooke. Que.
5. Date of birth as declared on attestation: 28 novembre 1918
   (A)
6. Date of enlistment: 6 juillet 1940
7. Place of enlistment: Montreal. Que.
8. Residence at time of enlistment: 22 rue de l'Eglise
9. (B) Special conditions (if any) of enlistment or rate of pay:
10. (C) Any subsequent variations of conditions of service:
11. Religion: Catholique romain
12. If married, state date: N.A.
13. Trade on enlistment: Journalier
14. Corps, trade and grade:
15. (D) Qualifications:
16. (E) Miscellaneous entries:

(17) Regiment or Corps: Les F.M.R. CASF.

Unit (Battn., etc):

(18) Medical

Category	Date	Authority
"A"	6-7-40	Med. Board Mtl

(19) Next of kin (entries to be made in pencil):
Leon Burke, frère
rue King, Sherbrooke, Qué

(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
	S.O.S. CASF (CANADA) ON EMBARKATION AT Halifax ON 16-2-41						
		2/CTHU					
	T.O.S. CASF (OVERSEAS) ON TRANSFER ON 16-2-41 AND DISEMBARKED AT Hardwick ON 1-3-41						Pte UO 52 3/3/41
		2/C.I.H.U	5 Days Landing Leave with warrant	Whitley	19-3-41	pte	D.O.T. 25-3-41
20-6-41	D.O.	"	Attached to 15 Gen Hosp for all purposes (Guard duties)	"	16-6-41	"	DW-144/19-6-41
X 26-6-41	"	"	Ceases to be attached 15 Gen	"	23-6-41	"	DW-149/25-6-41
+ 31/7/41	"	"	Attd to 15 Gen Hosp for all purposes except pay	"	28/7/41	"	178 30/7/41
5/8/41	"	"	19 d P.L. (St) with ulnd to 5	"	4/8/41	"	181 3/8/41
19/8/41	"	"	Att'd to 15 Gen. Hosp. (Gd. duty)	"	17/8/41	"	193. 18/8/41.
20/8/41	"	"	Ceases to be attached to 15 Gen. Hosp.	"	3/8/41	"	194. 19/8/41.
12-9-41	"	"	Att'd to 15 Gen. Hosp. for all p. except pay.	"	7-8-41	"	215. 11-9-41.
	"	"	Ceased to be Att'd to 15 Gen. Hosp for all p. except pay	"	24-8-41	"	215. 11-9-41.
	"		S.O.S. to F.M.R.	"	18-9-41	"	222 19-9-41
18/9/41	"	F.M.R.	T.O.S. from 2 C.I.H.U.	"	19/9/41	"	54/30-9-41
11/11/41	"	"	2 days forf of Pay FRS I 149(2) fly AWL from 1400 hrs 8 Nov 41 to 0148 hrs 9 Nov 41 (8 hrs 45 min) Forfeits 1 days Pay FRS I 149(1)(a)	"	11/11/41	"	63/19-11-41
17/11/41	"	"	Furlough Leave 7 days (P-2)	"	14/11/41	"	65/25-11-41
2-2-42	"	"	Admd to 10 Fd. Amb.		29-1-42	"	8-6-2-42
2-2-42	"	"	Trans to 5 C.C.S.	"	29-1-42	"	8 6-2-42
24-6-42	"	"	P.L. 7 days - P3	"	15-6-42	"	38/10-7-42
	(Jubilee Operation).		Embarked for France (Jubilee Operation)	U.K.	18 Aug. 42	"	49/10-9-42
			S.O.S. Wounding	U.K.	19 Aug. 42	"	46/30-8-42.
			T.O.S. X-Lost F.M.R.	✓	20/8/42	✓	1/5-10-42
			S.O.S. being reported KILLED (Aust: "A" List No 233.	✓	19 Aug 42	✓	(1) 16 Jan 43

OFFICIAL CANADIAN ARMY OVERSEAS CASUALTY NOTIFICATION

NUMBER D.62382 RANK Private SERVICE UNIT Les Fusiliers Mont-Royal.

NAME BURK, Cyril

DATE OF BIRTH DAY 28th MONTH November YEAR 1918

MARITAL STATUS Single

NEXT OF KIN AS SHOWN ON M.F.M. 1, 2 & 5 RELATIONSHIP Brother NAME Leon Burk

ADDRESS King Street, Sherbrooke, Quebec. ADDRESS D.A.B.

ADDITIONAL PERSON TO BE NOTIFIED Mrs. Romeo Poirier, (Foster-Mother) 22 de l'Eglise, St. Laurent, Montreal, Quebec. ADDRESS

PARENTS NAME

ADDRESS (IF SOLDIER MARRIED OVERSEAS)

AUTHORITY CAS. SIG. NO. SBC 285 H.Q.405-B-13455

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 11-1-43

ND

OFFICER I/C RECORDS

5

COPY FOR C.R. FILE

CANADA

QUOTE NO. H.Q.405-B-13455 (D.R.)

DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE

ARMY

For French Translation

OTTAWA, CANADA,

January 11, 1943.

Mr. Leon Burk,
King Street,
Sherbrooke, Quebec.

Dear Sir:

I deeply regret to inform you that your brother, D.62382 Private Cyril Burk, 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 brother was killed in action against the enemy.

You may be assured that any additional information received will be communicated to you without delay.

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

We pay tribute to the sacrifice he so bravely made.

Yours sincerely,

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

GR/VB

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

The Administrator of Estates

Regimental No. D.62382 Rank Private

BURK Cyril
Surname Christian Names

Unit Les Fusiliers Mont Royal

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

Next-of-kin Mr. Leon Burk Relationship Brother

Address King Street, Sherbrooke, Que.

M.F.M.5 Copy herewith.

Will Original Will d/6-7-40 herewith.

Date January 18, 1943.

ESTATES BRANCH
JAN 19 1943
H.Q.
OTTAWA
NATIONAL DEFENCE

HMG/KVB

W.E.L. Coleman

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

25M-12-44 (6215)
H.Q. 1064-81-3

4
ARMY

DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE

NAVY ═══ ARMY ═══ AIR FORCE

STATEMENT OF WAR SERVICE GRATUITY

DECEASED MEMBER'S NAME: Cyril (CHRISTIAN NAMES) BURK (SURNAME)

REGISTER NO. D-8847
FILE NO. 405-B-13455
DATE 20-8-45
SERVICE NO. D-62382
FINAL RANK OR RATING Pte.
DATE OF DISCHARGE 19-8-42

PAYEE Director of Estates
ADDRESS

DATE OF TERMINATION OF OVERSEAS SERVICE 19-8-42

	$ ¢
A. TOTAL QUALIFYING SERVICE	
NO. OF DAYS 772/30 EQUAL TO 25 COMPLETE PERIODS AT $7.50	187.50
B. QUALIFYING OVERSEAS SERVICE	
No. OF DAYS 546 LESS 22 INELIGIBLE DAYS, EQUAL TO 524 DAYS @ 25c. PER DAY (SEE PAR. 2 OVERLEAF FOR EXPLANATION)	131.00
	318.50
C. SUPPLEMENT FOR OVERSEAS SERVICE	
DAILY RATES AT DISCHARGE: PAY $ 1.30; SUBSISTENCE OR LODGING AND PROVISION ALLOWANCE $ 1.00; ADDITIONAL PAY $; $; $; DEPENDENTS' ALLOWANCE 1/30 OF $ ___ $	
TOTAL $ 2.30 X7 = $ 16.10	
NO. OF DAYS 546/183 X$ 16.10	48.04
D. WAR SERVICE GRATUITY	366.54
E. DEDUCTIONS OVERPAYMENT OF PAY AND ALLOWANCES $; DEPENDENTS' ALLOWANCE AND ASSIGNED PAY $; OTHER DEDUCTIONS $	
F. TOTAL AMOUNT PAYABLE	366.54

G. YOUR PORTION OF GRATUITY IS— 100%

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

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
[illegible]	23-8-45

[illegible]
SERVICE REPRESENTATIVE

COMPUTATION OF WAR SERVICE GRATUITY

MEMBER'S NAME ... Cyril (Christian Names) ... BURK (Surname) ... Register No. D 88447

PAYEE'S NAME ... DIRECTOR (Christian Names) ... OF ESTATES (Surname) ... File No. 405-B-13455

Date 17-8-45

ADDRESS ... Service No. D 62382

Final Rank PTE

DATE OF TERMINATION OF OVERSEAS SERVICE 19-8-42 ... Date of Discharge 19-8-42

	AMOUNT $	c
A. TOTAL QUALIFYING SERVICE No. of day $\frac{772}{30}$ = 25 (22) Periods @ $7.50	187	50
B. QUALIFYING OVERSEAS SERVICE No. of days 546 less 22 Ineligible days, equal 524 Days @ 25c per day	131	00
C. SUPPLEMENT FOR OVERSEAS SERVICE	318	50
Daily Rate of Pay $ 1.30 Subsistence Allowance $ 1.00 Additional Pay $ ... Dependents' Allowance 1/30 $ ... $ ... TOTAL $ 2.30 × 7 = $ 16.10 No. of Days $\frac{546}{183}$ × $ 16.10	4804	
D. WAR SERVICE GRATUITY Computed By Morey	36654	
E. DEDUCTIONS Overpayment of (1) Pay & Allowance $ ... (2) D.A. & A.P. $ ... Other Deductions $ ... Entered By WRB		
F. AMOUNT PAYABLE (This amount is payable in 1 monthly instalments of $ 366.54 each)	36654	

G. Monthly instalment not to exceed *daily rate* of Pay & Allowances per (C)

$ ... × 30 = $ ...

REMARKS

100M-11-44 (6087)
H.Q. 1764-81-3

MH
Estates Form "P. 4"

DISTRIBUTION OF SERVICE ESTATES

ARMY

Name: BURK (Surname) Cyril (Christian Names) No.: D-62382

PTE. (Rank) C.A. O/S (Unit) 19-8-42 (Date of Death)

AMOUNT

W.S.G. $366.54
L.P.C. 62.32

Date: 14-9-45

Other Credits

Total 428.86

Prev.dist. 62.32
This dist. 366.54

SHARE	RELATIONSHIP	NAME AND ADDRESS	AMOUNT
All	Mother	Mrs. Pauline Poirier, 22 Rue de L'Eglise, Ville St.Laurent, Que. (Sole beneficiary per will)	366.54
		P4. TO TREAS. SEP 25 1945	WSG

AUTHORITY					
H.Q. F.E. No.	VOTE	PRI	H.Q. SUB.	OBJ.	AMOUNT
9999	731	00	00	001	$366.54

CLASSIFIED BY

D

EXAMINED BY

For Chief Treasury Officer

DISTRIBUTION APPROVED AND AUTHORIZED

(L. M. FIRTH) Colonel
Director of Estates

AUDITED FOR PAYMENT

For Chief Treasury Officer

75M—2-45 (6771)
H.Q. 1772-80-2

OFFICIAL CANADIAN ARMY OVERSEAS CASUALTY NOTIFICATION

NUMBER D.62382 RANK Private SERVICE UNIT Les Fusiliers Mont-Royal.

NAME BURK, Cyril

DATE OF BIRTH DAY 28th MONTH November YEAR 1918

MARITAL STATUS Single

NEXT OF KIN AS SHOWN ON M.F.M. 1, 2 & 5 RELATIONSHIP Brother NAME Leon Burk

ADDRESS King Street, Sherbrooke, Quebec. ADDRESS D.A.B.

ADDITIONAL PERSON TO BE NOTIFIED Mrs. Romeo Poirier, (Foster-Mother) 22 de l'Eglise, St. Laurent, Montreal, Quebec. ADDRESS

PARENTS NAME

ADDRESS (IF SOLDIER MARRIED OVERSEAS)

AUTHORITY CAS. SIG. NO. SBC 285 H.Q.405-B-13455

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 11-1-43

OFFICER I/C RECORDS

6

COPY FOR DOCUMENT FILE

THE CANADIAN PENSION COMMISSION

MEMORANDUM

To.....Pension Medical Examiner,....MONTREAL.....

From.....Head Office.....

.....Ottawa,.....January 19, 1943.....

D-62382 Pte. BURK, Cyril

P. & N. H. 247-C

The Department of National Defence, Army,

officially reports that the marginally named was reported -

"Previously reported missing in action, now reported killed in action,
on the 19th August, 1942 on service Overseas."

His next of kin is reported as - Brother - Leon Burk, King Street, Sherbrooke, Que.

Foster-Mother - Mrs. Romeo Poirier, 22 de l'Eglise, St. Laurent, Montreal, Quebec.

The Addressograph Stencil shows payment of Assigned Pay of

$ 20.00 a month to -

Mrs. Apoline Poirier,
22 De L'Eglise St.,
St-Laurent, P. Q.
(relationship not stated)

As no D.A. was payable the Commission will not take any action unless a claim is filed.

E. Clewes,
for
Canadian Pension Commission.

/LR