D66113
BOUCHER
JOSEPH URBAIN

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

MÉMORANDUM POUR

P. 64

Monsieur Ernest Boucher,

St. Damien de Brandon, P.Q.

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-11,419 FD.55

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE
OTTAWA, ONT.

le 14 août 1942

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

BOUCHER, Joseph Urbain, Soldat,

No. D.66113, Régiment de Joliette.

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.

L'administrateur des successions.

ESTATES BRANCH
AUG 21 1942
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.....		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 Boucher	55	St Damien
4	Mère du défunt.....		Emélie Mondor	54	Do
5	Frères du défunt	Frères germains	Gabriel, Paul, Napoléon, Liguori, Rosario Doris	29, 33, 31, 25, 20, 16	Do
		Demi-frères			
6	Sœurs du défunt	Sœurs germaines	Marie Reine, Loriane, Rose Lina	23, 22, 18	Do
		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	nil				

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.....	Aimé Mondor	83	St Damien
9	Oncles et tantes directs du défunt (non pas les oncles et tantes par alliance).....	Il y en a trop pour cette espace		

DÉTAILS D'IDENTITÉ

10	Quels sont les nom et prénoms du défunt?	Joseph Urbain
11	Indiquez le mois et l'année de sa naissance.	Octobre 1917
12	Où et quand ses parents s'étaient-ils mariés?	à St Damien il y a 3 et ans
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? ~~X~~	Assurance payée $300.00

DÉTAILS DE DOMICILE

16	Où le défunt était-il né?	St Damien
17	Dans quel province, pays ou état a-t-il demeuré et demeurait-il en dernier lieu?	Quebec
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.	St Damien

DÉTAILS DES CRÉANCES

23	Les frais d'enterrement ont-ils été payés? Le cas échéant, par qui?	aucun pas pour faire
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.)	Rien

Le Dr. Laurendeau $5.00 Le Notaire Prévillé $18.00 payé par le père.

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. Dr Brissette $65.88 payée par son père
2. État détaillé de la créance, y compris la date ou les dates où la dette a été contractée. un dentier
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)

Gabriel Boucher $10.00 Rosaire Boucher $17.00
Paul Boucher $45.00 payés par son père

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 frère du défunt.

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

Ernest Boucher
marque
témoin : Gabriel Boucher

Signature du déclarant

CERTIFICAT

Je, soussigné, certifie que, autant que je sache, Ernest Boucher (Nom du déclarant) est le/la frère 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 St Gabriel de Brandon ce 17ième jour de Aout 1942.

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

Adresse St Gabriel de Brandon

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.

606/12

DIVISIONAL REGISTRAR
ADMINISTRATIVE DIVISION "E"
DEC 10 1940
Dept. of National War Services
MONTREAL, QUE.

N'ENVOYEZ PAS CETTE FORMULE À OTTAWA

Après l'avoir remplie adressez-la directement au Registraire de Division concerné.
(L'adresse du Registraire de Division apparaît sur l'avis d'appel à l'examen médical)

FORMULE D'EXAMEN MÉDICAL ET DE CERTIFICAT

MINISTÈRE DES SERVICES NATIONAUX DE GUERRE
LOI DE 1940 SUR LA MOBILISATION DES RESSOURCES NATIONALES

Numéro d'ordre de l'avis d'appel: E 33205

IMPORTANT—MÉDECIN EXAMINATEUR: Insérez ici le numéro d'ordre de l'avis d'appel de l'homme examiné.

Les registraires de division utiliseront ces formules pour dresser les copies de l'original de la formule d'examen médical et de certificat.

PREMIÈRE PARTIE

Nom et prénoms (Ecrire en lettres moulées) Boucher Urbain (Nom de famille) (Prénoms)

Lieu de naissance St Damien (Ville, cité ou village) Province canadienne (ou autre pays) Que Date de naissance 15 juil. 1916

Résidence fixe (Numéro et rue) St Damien Co Berthier (Bureau de poste ou itinéraire de facteur rural) Quebec (Ville ou village) (Province)

Répondre aux questions suivantes par " oui " ou par " non ".

Avez-vous déjà souffert de l'une quelconque des maladies ou affections suivantes?

Rhumatisme? non Tuberculose? non Bronchite ou asthme? non Maladie de cœur? non

Maladie du rein ou de la vessie? non Maladie de l'estomac ou des intestins? non Hernie? oui

Varices? non Maladie des pieds? non Maladie du nez? non des oreilles? non des yeux? non Crises épileptiques? non Maladie nerveuse ou mentale? non Syphilis? non

Gonorrhée? non Avez-vous déjà porté des verres? non Vous a-t-on déjà rejeté comme inapte au service militaire? non Touchez-vous une indemnité ou une pension d'invalidité? non (oui ou non) Si oui, de quelle source? .....

Localité St Gabriel de Brandon (Ville, cité ou village) Province Que. Date 9 dec. 1940

Signé:

Urbain Boucher

L'homme examiné doit signer ici en présence du médecin examinateur. → Signature du sujet.

DEUXIÈME PARTIE

Observations du médecin examinateur. (Anamnèse claire et concise de toute maladie ou affection déclarée ci-dessus) operepour hernie il y a 5 ans Riende malade aux yeux

Examen somatique (sur la peau nue)

1. Taille 5 pieds; 9 pouces. 2. Poids 160 livres.
3. Teint chatain Couleur des yeux gris Couleur des cheveux chatains 4. Constitution vigoureuse {Vigoureuse / Moyenne / Débile} Biffer mentions inutiles.
5. Périmètre thoracique à l'ampliation maxima 40 pouces.
   Étendue de l'ampliation 2 pouces.
6. (*a*) Acuité visuelle sans verres correcteurs: Œil droit 20-30 Œil gauche 20-30
   (*b*) Si le sujet porte des verres, acuité visuelle avec verres correcteurs: Œil droit .....
   Œil gauche .....
7. Acuité auditive: Oreille droite V P 20 Oreille gauche V P 20
8. Bouche et dents bon
   Indiquer la nature et l'emplacement de toutes dents artificielles .....
9. Si le sujet est atteint de quelque invalidité, congénitale ou pathologique, qui le range dans une catégorie inférieure à " A ", désigner ici, clairement et laconiquement, la nature de ladite invalidité .....

TROISIÈME PARTIE

Après avoir examiné le sujet précité, d'après les instructions relatives aux aptitudes physiques et à l'examen médical des recrues, je le certifie apte à être rangé dans la catégorie suivante:

Catégorie " A " oui
" " B I " .....
" " B II " .....
" " C I " .....
" " C II " .....
" " D " .....
" " E " .....

Signé:
Signature Dr J Lefebvre (Médecin examinateur)
Adresse St Gabriel de Brandon
Date 9 dec. 1940

(Important — Voir au verso)

N.W.S. Formule N° 1A-FR

13

INSTRUCTIONS

1. Seul un médecin diplômé, autorisé à exercer sa profession au Canada et nommé par le ministre des Services nationaux de Guerre à la fonction de médecin examinateur conformément aux Règlements de 1940 sur les Services nationaux de Guerre (Recrues), aura qualité pour examiner le sujet et remplir la présente formule.

2. Le médecin examinateur est tenu d'examiner le sujet et de remplir la présente formule d'après les instructions relatives aux aptitudes physiques et à l'examen des recrues dont il recevra un exemplaire.

3. Dès qu'il aura rempli la présente formule, le médecin examinateur la postera ou la remettra lui-même au registraire de la division administrative du ministère des Services nationaux de Guerre où réside le sujet. L'adresse du registraire de division apparaît dans le coin supérieur de gauche de l'avis d'appel à l'examen médical.

4. Le ministère des Services nationaux de Guerre versera aux médecins examinateurs dûment nommés les honoraires fixés pour l'examen de chaque sujet. Aussi les médecins examinateurs s'abstiendront-ils de présenter toute note supplémentaire. La présente formule, dûment remplie, tiendra lieu et place de la note du médecin. Les honoraires seront versés aussitôt que possible après le dernier jour du mois.

5. Dès qu'il recevra la présente formule, dûment remplie, le registraire de la division administrative où réside le sujet estampillera la date où la formule lui sera parvenue, et il en tapera, ou en fera taper quatre copies identiques, chacune revêtue de la date à laquelle l'original de la formule a été reçu du médecin examinateur. Chaque copie ainsi dressée sera certifiée conforme par le registraire de division ou par une personne nommée par lui à cette fin.

Le registraire de division conservera la première copie. Il en annexera une copie à la formule originale reçue du médecin examinateur, et expédiera aussitôt ces deux documents au ministère des Services nationaux de Guerre, à Ottawa. Il expédiera la troisième copie au représentant du ministère de la Défense nationale, et la quatrième — si toutefois le sujet a été déclaré apte à l'instruction militaire et avisé de se rendre à un centre d'instruction militaire — à l'Officier commandant du centre d'instruction militaire où le sujet aura reçu instruction de se rendre; autrement, le registraire de division conservera la quatrième copie dactylographiée.

6. Personne ne doit, sans autorisation, avoir en sa possession un exemplaire de la présente formule.

L'article 12 (3) des Règlements de 1940 sur les Services nationaux de Guerre (Recrues) se lit comme suit:

"Dans tous les cas où un doute peut s'élever sur le bien-fondé d'un certificat d'inaptitude à l'instruction militaire délivré par le médecin examinateur à l'égard d'un homme qu'il a examiné, le registraire de division pourra donner à l'intéressé un autre avis lui enjoignant de subir un autre examen; dans ce cas, l'homme se présentera aux temps et lieu indiqués par le registraire de division pour être examiné par trois médecins nommés par le Ministre. Ces trois médecins examinateurs examineront l'homme, et s'ils ne confirment pas le certificat donné par le médecin qui a procédé au premier examen, ils délivreront un autre certificat, qui sera définitif et probant."

L'article 36 des Règlements de 1940 sur les Services nationaux de Guerre (Recrues) se lit comme suit:

"Tout médecin examinateur qui, en fournissant des renseignements sous le régime des présents règlements, fait sciemment une déclaration inexacte ou signe un certificat inexact, sera coupable d'une infraction et passible, sur déclaration sommaire de culpabilité, d'un emprisonnement pour une période d'au plus six mois ou d'une amende d'au plus cent dollars, ou à la fois de l'emprisonnement et de l'amende."

(Voir les Règlements de 1940 sur les Services nationaux de Guerre (Recrues)

NE CONCERNE PAS LE MÉDECIN EXAMINATEUR

L'espace ci-dessous est réservé au médecin du centre d'instruction militaire

Faire ici un relevé circonstancié de toute maladie ou invalidité dont il n'a pas été fait mention précédemment: —

Cerveau O. G

A.

Signature ..... Médecin militaire du Centre d'instruction militaire

Numéro dans la Milice active non permanente .....

Nom ou numéro du centre d'instruction .....

Station	Entré à l'hôpital			Sorti de l'hôpital le			Maladie	N.B. — Indiquer s'il s'est agi d'une maladie grave ou bénigne et si la guérison a été complète. S'il s'est agi d'un accident, indiquer s'il y a eu Conseil d'enquête et, le cas échéant, la date où l'accidenté a reçu un appareil orthopédique ou prothétique.
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année		

(Doit être remplie en triplicata)

M.F.M. 103A
80M—5-41 (442) (971)
H.Q. 1772-39-1828

LOI DE LA MILICE

LOI DE MOBILISATION DES RESSOURCES NATIONALES, 1940

PERSONNEL DE LA L.M.R.N.

FORMULE D'ENRÔLEMENT

D66113

N° de série de l'avis d'appel L.M.R.N. E-33205 Matricule D-606792

1. Pris à l'effectif du dépôt central de la L.M.R.N. N° 4
2. Nom (Majuscules d'imprimerie) BOUCHER,
3. Prénoms en entier Urbain
4. Adresse actuelle St.Damien Cte. Berthier Que.
5. Lieu de naissance St.Damien (Pays) (Comté ou province) (Ville ou canton)
6. Date de naissance 15 juillet 1916 7. Confession religieuse C.R.
8. Signalement: Taille 5'6" Poids 149 Yeux Gris Cheveux Chatains
   Teint Chatain Marques particulières Appendicitis
9. Marié, célibataire, veuf? Celibataire
10. Plus proche parent Ernest Boucher (Nom) Degré de parenté Pere
    St.Damien Cté.Berthier Qur (Adresse)
11. Profession ou emploi Journalier
12. Service naval, militaire ou aérien antérieur Non (Indiquer les unités et les dates de service)
13. Préférence pour la Marine? Pour l'armée de terre? Armée (Arme)
    Pour l'Aviation?
14. Emploi dans une industrie de guerre, le cas échéant Non

Urbain + Boucher (Signature de la recrue)

J. G. E. Dubeau major (Signature et grade de l'officier enrôleur)

5 fevrier 1942 194 (Date de la signature)

RENSEIGNEMENTS DU CENTRE D'INSTRUCTION

A. Versé au C.I. élémentaire N° 42 à Joliette Date 5 fev.1942

A accompli ..... jours d'instruction élémentaire.

(Date, signature et grade de l'officier enregistreur)

B. Versé au C.I. supérieure N° ..... à ..... Date .....

A accompli ..... jours d'instruction supérieure.

Qualités de chef, positives ..... Deviennent manifestes? ..... Latentes? .....

Est passé dans ..... Date .....
(M.R.C., formation ou unité de l'A.C., C.A.R.C.)

(Date, signature et grade de l'officier enregistreur)

C. Catégorie médicale à l'acceptation au centre d'instruction élémentaire A

ÉTAT DE SERVICE de BOUCHER (Nom) Urbain (Prénoms) N° matricule D-606792

APTITUDES

1. Navales, militaires ou aériennes N/A
2. Commerciales ou professionnelles Nil
3. Civiles ou de métier Civile
4. Techniques Nil
5. Langue maternelle Francaise Quelles autres langues parlez-vous? Non Lisez-vous et écrivez-vous? Non Savez-vous conduire une automobile? Non

Savez-vous réparer un moteur? Non Expérience culinaire? Non Passe-temps favori? Musique

DEGRÉ D'INSTRUCTION

6. École secondaire ou Académie: Rurale (Années achevées) — Graduation ou immatriculation: 1-ieme Annee (Spécifier)
7. *Collège
8. *Université

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

Toutes les recrues de la L.M.R.N. sont prises somme simples soldats, les nominations et les promotions à un grade supérieur devant être indiquées dans l'espace réservé ci-dessous à cette fin.

Rapport		État des promotions, abaissements de grade, mutations, maladies ou blessures, rapports, etc., à compter du passage dans une unité constituée	Grade indiqué	Prenant date le	Unité	Endroit	Autorisation	
Date	Reçu de						N°, Partie II, Ordres du jour. Liste des morts et blessés, etc.	Daté le
		PASSE du dépôt central de la L.M.R.N. N° 4						
5/2/42		T.O.S.(B)T.C.42 under N.R.M.A.1940	Pte	5/2/42	42 (B)T.C.	Joliette	Part II No.31	6/2/42
23-4-42		S.O.S. T.C. 42 ceases to be upon NRMA Cl Depot 4 on attestation in the Canadian Army Active Force	"	28-2-42	" "	"	Part 11 No,47	26-2-42

N° matricule.....Grade.....Nom.....Prénoms.....

VACCINATIONS, INOCULATIONS, COMMISSIONS, RECLASSIFICATION DE LA CATÉGORIE MÉDICALE

Date	Détails succints et signature	Date	Détails succincts et signature	Date	Détails succincts et signature
5-2-42	Vaccin + TABT Flamincaut				
27-2-42	TABT Flamincaut				

GARNISON	Date d'arrivée à la garnison	Date de Admission à l'hôpital			Date de Sortie de l'hôpital			MALADIE	Nombre de jours à l'hôpital	Détails sur la nature et l'origine de la maladie; dire si elle était bénigne ou grave, si elle est entièrement guérie, et si un traitement spécial a été adopté. Dans le cas des maladies vénériennes, mentionner la nature de la maladie primaire et dire si on a prescrit le mercure. Si la maladie est accidentelle, spécifier si elle fut contractée en service et si un conseil d'enquête a été tenu. Détails et dates au sujet des fausses dents et des appareils chirurgicaux fournis.	Signature du médecin
		Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année				

ORIGINAL
DUPLICATA
TRIPLICATA

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

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

Unité R. de Joliette CA N° Matricule D- 66113

ARMÉE CANADIENNE

FORMATIONS ET UNITÉS ACTIVES
FORMULE D'ENRÔLEMENT

1. Nom BOUCHER
2. Prénoms JOSEPH URBAIN
3. Adresse actuelle St.Damien de Brandon., Que., Canada
4. Date de naissance 15 Juillet 1916
5. Lieu de naissance Canada (Pays) Quebec (Comté ou province) St.Damien de Brandon (Ville ou canton)
6. Religion (indiquez la confession) Catholique Romain
7. Métier ou profession Journalier
8. Marié, veuf ou célibataire Celibataire
9. Nom du plus proche parent M. Ernest Boucher
10. Degré de parenté Pere
11. Adresse du plus proche parent St. Damien de Brandon., Que., Canada
12. Faites-vous partie d'une unité ou formation de réserve de l'armée canadienne ou y avez vous déjà servi?
D-606792-M.T.C.JOLIETTE #42-(RP)DE ~~XXXXXXXX~~ 5 Février 1942 a date
(Si oui, spécifiez l'unité et les dates de service)
13. Avez-vous servi dans (a) une formation ou unité active de l'armée canadienne? NON (Oui ou non)
(Si oui, spécifiez le numéro matricule et l'unité)
(*b*) Quelque autre armée de mer, de terre ou de l'air? NON (Oui ou non)
(Si oui, spécifiez l'unité et la durée du service)
14. Avez-vous servi pendant la Grande Guerre de 1914-1918? NON
(Si oui, spécifiez le numéro matricule, l'unité et les dates de service)

DÉCLARATION FAITE PAR LA RECRUE LORS DE L'ENRÔLEMENT

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

Joseph Urbain Boucher
pce + marque

Date 19 fevrier 1942

Lemay Paquette
(Signature de la recrue)

SERMENT PRÊTÉ PAR LA RECRUE LORS DE L'ENRÔLEMENT

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

Joseph Urbain Boucher
pce + marque

Lemay Paquette
(Signature de la recrue)

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

J'ai averti l'homme susnommé que s'il répondait faussement à l'une quelconque des questions précédentes, il s'exposerait aux rigueurs de la loi.

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

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

à JOLIETTE ce 19ieme jour de FEVRIER 1942

(Signature du magistrat, du juge de paix ou de l'officier certificateur)

2/C (Titre, grade et unité ou emploi) Major TC 42

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

État de service de BOUCHER JOSEPH URBAIN (Nom) (Prénoms) N° matricule

APTITUDES

Militaires Mil. nil

Professionnelles ou commerciales nil nil

Civiles ou de métier bucheron bucheron

Techniques nil nil

Langues francaise fr.

DEGRÉ D'INSTRUCTION

École supérieure ou Académie 2 ans ec. pub. (années achevées) — Graduation ou Immatriculation nil (Spécifier)

*Collège nil

*Université nil

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

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

Rapport		État des promotions, abaissements de grade, mutations, maladies ou blessures, rapports, etc., à compter de la date de son enrôlement dans l'armée active	Grade indiqué	Prenant date le	Unité	Endroit	Autorisation	
Date	Reçu de						N°, Partie II, Ordres du jour. Liste des morts et blessés, etc.	Daté le
		Affecté lors de son enrôlement						
23-2-42	4DD	HAVING BEEN ATTESTED AF AT C.A.(B)TC NO 42 JOLIETTE, QUE,IS TOS ON HAVING BEEN DISCHARGED FROM THE CA(R) AND SHOWN AS ON COMMAND AND ATTACHED FOR ALL PURPOSES TO THE AFOREMENTIONED TR CTR. WEF	PTE	19-2-42	4DD	MONTREAL SOUTH	4DD PT II NO 45	23-2-42
1-4-42	T.C.42	S.O.S. as a deserter and to have deficiencies in kit and equipment for the amount of $46.57 Forfeiture thirty one days pay	"	1-4-42	T.C.42	Joliette	Part 11 No. 73	1-4-42
5-5-42		T.O.S. this TC as per D.R.O. letter 29-4-42 File M 1-B-5617	"	14-4-42	" "	"	Part 11 No. 102	5-5-42
5-5-42		Declared deceased by Court of Inquiry 27-4-42 is S.O.S. this T.C.	"	14-4-42	" "	"	Part 11 No. 102	5-5-42

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

CERTIFICAT DE L'EXAMEN MÉDICAL

Nom en entier BOUCHER, Joseph Urbain ..... Lieu Montreal

Lieu ..... Date 12 Feb 42.

PARTIE 1. Renseignements obtenus de la recrue.

1. Âge 25 ..... 2. Avez-vous déjà souffert de l'une quelconque des maladies suivantes?

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

Joseph Urbain Boucher sa + marque
(Signature de la recrue)

Germain Ramanchet
R de Repentigny

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

1. Marques particulières ou cicatrices (si celles-ci sont opératoires, obtenir les détails) URINE 64220 N
Scar rt face and abdomen. Vac left arm.
Partial amp. 2nd & 3rd finger rt hand. X-RAY 109525

2. Taille 5 pieds 6 pouces. 3. Poids 148 livres

4. Teint Dark Yeux Blue
Cheveux Brown

5. Développement Good { Bon / Passable / Médiocre

6. Tour de poitrine—Circonférence, pleine expansion 37 pouces Degré d'expansion 4 pouces

7. Vue, droite 20-20 gauche 20-20 8. Ouie, droite CV20 gauche CV20

Avec lunettes, droite ..... gauche .....

9. État de la bouche et des dents Lower plate. Upper teeth good.

10. Les anomalies (congénitales et pathologiques) constatées lors de l'examen sont les suivantes:
Reflexes normal. Color Vision CN.
Ears, Nose, Throat normal-W G Dalpe, MD.
This person does not know his letters and cannot read.
Physical OK. Appex scar discoloured but firm.

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

Observations spéciales lorsque la catégorie est inférieure à A .....

(Président) G AUMONT LT — A G MORPHY MD (Membre) — G W RUNNELLS MD (Membre)

VACCINATIONS, INOCULATIONS, COMMISSIONS, RECLASSIFICATION DE LA CATÉGORIE MÉDICALE

Date	Détails succincts et signature	Date	Détails succincts et signature
5-2-42	Vaccin + T + BT E Lamincett		
27-2-42	+ A BT E B Lamincett		

No D.66113 Rank Private Name BOUCHER, Joseph Urbain

Unit Regt. de Joliette Date of death 14th April, 1942.

Died at Joliette, P.Q.

Cause Poisoning. (Self-destruction).

Death occurred on strength of Forces.HQ 405-B-11419 d 3-6-42

N/K Mr. Ernest Boucher Relationchip Father

Address St. Damien de Brandon, P.Q.

Remains buried in St. Damien de Brandon Cemetery

St. Damien de Brandon, P.Q.

Grave location

CONTRACTOR'S ROLL FOR THIS SOLDIER'S GRAVE DESPATCHED MAR 26 1943

CHK

DEATH NOT DUE TO SERVICE

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS

SUICIDE

DECEASED 14-4-42 Died in service

AWARDS

ARMY

M

WAR SERVICE RECORDS

SURNAME (IN BLOCK LETTERS)	CHRISTIAN NAMES	REG. No.	RANK ON DISCHARGE	C.A.S.F. UNIT
BOUCHER,	Joseph Urbain	D66113	Pte	FILE No.

WAR SERVICE BADGE (CLASS) No.

DATE DESPATCHED:

ADDRESS:

CAMPAIGN MEDALS	REGISTRATION NUMBER AND DATE DESPATCHED
War Medal, 1939-45	
CVSM	1444 27-8-51

(THE REVERSE TO BE USED FOR ESTATE PURPOSES)

DVA 806

MEDALS AND MEMORIALS—DECEASED PERSONNEL

REGISTRATION No. DATE OF DESPATCH

(1) MEDALS

PERSON ENTITLED TO ~~Mr. Joseph A. Boucher ----(father)~~

~~9-3-50~~

(1) Mr. Ernest Boucher (Father) (French)

ADDRESS: ~~1391 rue St. Olivier, Trois Rivieres, Que.~~ St-Damien/ Que. de Brandon, 23 Aug 51

(2) MEMORIAL CROSS

WIDOW

(2)

ADDRESS:

MEMORIAL B^R

DATE DESP.....

REGN. NO. 1625

(3) MEMORIAL CROSS

MOTHER

(3)

ADDRESS:

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
(5M-PP-10-(259-60)
H.Q. 1772-39-1677

CANADIAN ACTIVE SERVICE FORCE

DECEASED.

PROCEEDINGS ON DISCHARGE

M.F.
27-5-42.

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

Regimental No. D 66113 | Rank Private

Surname B O U C H E R

Christian name Joseph Urbain

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

Unit or Corps M.T.C. No. 42.

Date of discharge 14-4-42

Place of discharge Joliette, P.Q. Mil. Dist. No. 4

1. DESCRIPTION AT DATE OF DISCHARGE

Age 25 years ..... months

Height 5 feet 6 inches

Complexion Dark

Eyes Blue

Hair Brown

Trade Labourer

Descriptive marks

Scar rt. face and abdomen.
Vacc. left arm.
Partial amp. 2nd & 3rd finger rt. hand.

Intended place of residence (To be given as fully as practicable; *i.e.*, mailing address) ..... Street and Number ..... P.O., City or Town, etc. Province

2. The above-named man is discharged in consequence of "D E C E A S E D"

DECEASED.

Authority for discharge .....

N.B.—The cause of discharge must be worded in accordance with C.A.S.F. 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* 384, K.R. Can.)

(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—C.A.S.F.).....19-2-42.....

(Date of discharge—C.A.S.F.).....14-4-42.....

(Total Service—C.A.S.F.).....years.....days

10. **Confirmation of Discharge**

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

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

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

To be made out in duplicate

M.F.M. 5
200M—7-40 (6098-9)
H.Q. 1772-39-1651

PARTICULARS OF FAMILY OF AN OFFICER OR OTHER RANK OF THE C.A.S.F. 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 C.A.S.F. 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 individuals new unit.

---

(1) Name of Officer of Other Rank BOUCHER JOSEPH URBAIN
(Surname first—Christian names in full—Block capitals)

(2) Regimental or Air Force Number and Rank D-66113 Private

(3) Unit R. de Joliette.

(4) Are you married? Non

(5) If married, state,

(*a*) Full name of your wife N/A

(*b*) Present postal address of wife N/A

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

(7) Are you a widower? No

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

Names and ages N/A

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

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

Name N/A

Postal Address N/A

[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 N/A

(11) Is your father alive? Yes

If so, state name and address, occupation M. Ernest Boucher, Labourer
St. Damien Co. Berthier, Qué. Canada

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

(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
N/A

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

(14) Is your mother alive? Yes

If so, state name and address Mde Emilie Boucher
DE BRANDON
St. Damien, Co. Berthier, Qué. Canada

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

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

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? N/A

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

If so, state the following particulars:—

Relationship N/A

Full Name N/A

Postal Address N/A

Amount contributed monthly during the past six months N/A

(18) Are you insured? Yes

If so, in what Company? L'union St. Joseph
(Give number of policy)

Have you made arrangements for payment of your Insurance Premium? No
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.

Joseph Arthur Bernard
Sgt
(Signature of officer or man)

Date 26th. February 1942

Certified correct
Eric Lamontagne
Eric Roy

NO. 42 CANADIAN ARMY (R) TRAINING CENTRE

Officer Commanding

Certified correct Major

Date 26th Feb. 1942

NO. 42 CANADIAN ARMY (R) TRAINING CENTRE

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.

(Durant)

FORM No. 1

Register No. C.D-1606

Nominal Roll No. D581

H.Q. File No. 405-B-11419

To: P.M.G.

CANADIAN ARMY (ACTIVE)

Computation of Service

WAR SERVICE GRANT

Regt. No.	Rank when S.O.S.	Surname	Christian Name in Full
D-66113	Pte	BOUCHER	JOSEPH URBAIN

REASON FOR TERMINATION OF SERVICE:

1st Enlistment Deceased CARO ( )

2nd Enlistment CARO ( )

3rd Enlistment CARO ( )

Total Service

1ST ENLISTMENT	2ND ENLISTMENT	3RD ENLISTMENT
T.O.S. 19 Feb 42	T.O.S.	T.O.S.
S.O.S. 14 April 42 MD 4	S.O.S. MD	S.O.S. MD
Total Days 55	Total Days	Total Days

Total Service 55 DAYS

—	Total Service	Less Non-qualifying Service	Net Service
Western Hemisphere	55	44	11
Overseas Service	–	–	–
Totals	55	44	11
Add Non-qualifying Service			44
Total Service			55

EMBARKATION DETAILS:

1. Date S.O.S. Overseas — 2. Date S.O.S. Overseas

REMARKS:

DIED WHILST IN SERVICE 14 April 42

Computer's Signature

Checker's Signature

Date Computed 7 Feb 46

N.N.R.M.A. SERVICE

UNDER REGT. No. D-66192

FROM 5 Feb 42 TO 18 Feb 42

SEE ATTACHED DOC

FOR N.R.M.A. SERVICE

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

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

500M—11-44 (6012)
H.Q. 1772-45-8

Details of Non-Qualifying Service

Western Hemisphere—

Forfeits for	From	To	Effective Date	Days	Total
Ant.	2 Mar 42	14 April 42			44
				Total	44

Overseas: T.O.S. ..... T.O.S. ..... T.O.S. .....

S.O.S. ..... S.O.S. ..... S.O.S. .....

				Total	

CASUALTIES ONLY
For purpose of W.S.G.
Casualities include death
subsequent to discharge.

Register No. C.D. 1606

File No. 405-B-11419

WAR SERVICE GRANTS ACT 1944

Ottawa 6th February, 1946

To: Chief Treasury Officer,
Dependents' Allowance and Assigned Pay Branch

Service No. D-66113

Name Jos Urbain, BOUCHER
Christian Name Surname

Please supply the following information in respect of the marginally named at the time of his discharge or death and return this form in duplicate along with the file to the undersigned.

K. W. Rice

(K. W. RICE) Captain,
for Paymaster-General.

	Name	Amount
Names, address and relationship of persons in receipt of D.A. and amount of monthly award.		$
If no D.A. in issue, list names, address and relationship of persons in receipt of A.P. who may be classed as Dependents under W.S.G. Act, 1944, and amount of monthly assignment.		
Names, address and relationship of persons to whom assigned pay was continued by supplementary award after death.		
Amount of overpayment of dependents' allowance and/or assigned pay deductible from the War Service Gratuity and name of person to whom paid.		

Nil

12/2 1946

L. Bucheo

For Chief Treasury Officer,
D.A. & A.P. Branch

C.T.O., D.A.&.A.P.

Overpayments of D.A. and/or A.P. recovered from W.S.G. $

194

for C.T.O.

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 ..... BOUCHER
(Surname first—Christian names in full—Block capitals)

Joseph Urbain

(2) Regimental or Official Number and Rank ..... D.66113 Private.

(3) Unit ..... Regiment de Joliette.

(4) Are you married? ..... NO

(5) If married, state,

(*a*) Full name of your wife ..... N.A.

(*b*) Present postal address of wife ..... N.A.

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

N.A.

(7) Are you a widower? ..... NO

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

Names and ages ..... N.A.

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

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

Name ..... N.A.

Postal Address ..... N.A.

[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

N.A.

(11) Is your father alive? YES

If so, state name and address, occupation Mr. Ernest Boucher (Labourer)

St.Damien Co. Berthier, Quebec;

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

(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

N.A.

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

(14) Is your mother alive? YES

If so, state name and address Mde. Emilie Boucher

St.Damien De Brandon, Co. Berthier, Que.

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

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

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? N.A.

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

If so, state the following particulars:—

Relationship N.A.

Full Name N.A.

Postal Address N.A.

Amount contributed monthly during the past six months

N.A.

(18) Are you insured? YES

If so, in what Company? L'Union St. Joseph
(Give number of policy)

Have you made arrangements for payment of your Insurance Premium? NO
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.

(Sgd.) Joseph Urbain Boucher X his mark
(Signature of officer or man)

Date February 26, 1942 Temoins: Cpl. Lamarche; Pierre Roy.

(Sgd.) J.A. Prud'homme Major

Officer Commanding #42 Cdn. Army (R) Tr.Centre.

Date February 26, 1942.

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.

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

TESTAMENT

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

(1) Je, JOSEPH URBAIN BOUCHER (nom au long), de la Paroisse (cité, ville, village, paroisse)

Adresse dans la vie civile.

de St. Damien DE BRANDON, dans le Comté / District de Berthier

Province de Québec, Labourer (occupation civile)

N° Matricule D-66113, Unité R. de J. (AF) révoque par les présentes tous testaments que j'ai pu faire antérieurement et déclare que ceci est mon dernier testament.

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

(2) Je lègue à mon père Monsieur Ernest Boucher, demeurant à St. Damien DE BRANDON, dans le comté de Berthier, tous mes biens et effets personnels.

Parenté, noms et adresse des bénéficiaires résiduaires.

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

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

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

EN FOI DE QUOI J'AI SIGNÉ, ce 26 ème jour de février 1942

19.....

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.

Joseph Urbain Boucher
sa + marque
(Signature du soldat)

Signature du premier témoin.

(5) Signature Ge Lamarche
Adresse civile 2374 Bourbonnière Montreal.
Occupation civile Caissier

Signature du deuxième témoin.

Signature Roland de Repentigny
Adresse civile 2015 Blvd Rosemont
Occupation civile Clerk Montreal

(Les bénéficiaires ne peuvent être témoins.)

[VOIR AU VERSO]

THE CANADIAN PENSION COMMISSION

MEMORANDUM

To The Officer i/c Records, Department of National Defence -- ARMY.

From The Canadian Pension Commission.

OTTAWA, 30th September, 1942.

Officer i/c Records
A. G. Branch
OCT 5 1942
Nat. Defence Headqr.
Ottawa, Canada

P&NH 190-J
Your file - H.Q.405-B-11419

#D-606792,
#D-66113, Pte. Joseph Urbain Boucher
M.T.C.42. - Home Defence.

With reference to your letter of the 20th of August, 1942, you are advised that the Canadian Pension Commission has ruled that the cause of death in this case was incurred during service but is not pensionable as it did not arise out of, nor was it directly connected with, military service.

This information is furnished for the completion of your file records.

Noted
Graves Reg

B. O'Meara
for Canadian Pension Commission.

H.Q.405-B-11419

August 20, 1942.

Canadian Pension Commission,
Ottawa, Ontario.

Re: D.66113, Private Joseph Urbain BOUCHER

Gentlemen:

Adverting to this Office communication of the 6th instant, wherein it was stated that the findings of the Court of Inquiry convened in this case were that the wound causing death was self-inflicted, I am now to advise that this statement is found to be in error.

Evidence produced in this case is to the effect that he was found lying on the snow with a rifle at his side and that the Officer Commanding stated that death was due to self destruction while of unsound mind. It would now appear, however, that this soldier's death was due to poisoning by strychnine, self-administered, while of unsound mind.

This error is regretted.

Yours truly,

H.M. Gorman

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

HMG/KB

REPORT OF DEATH OF A SOLDIER

TO BE FORWARDED TO THE SECRETARY, DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE, (MARKED "FOR OFFICER IN CHARGE OF RECORDS") IMMEDIATELY AFTER DATE OF DEATH

Unit "Le Régiment de Joliette" (AF) Attached to C. A. (B) T. C. No. 42.-

Regt'l No. D-66143 Rank PTE.

Name in full BOUCHER URBAIN.

Date and place of birth St-Damien de Brandon, Que.,

Married or single Single.

Enlisted, when and where 19/2/42, Joliette, Que.,

Died — Date 14 ~~June~~ APRIL 42.- Place St-Damien de Brandon Cause of death Poisonning (Self Destruction)

Buried — Date April 27th, 42.- Name of cemetery Cimetière Catholique de la paroisse de St-Damien de Brandon, Location of cemetery St-Damien, Que.,

Whether he leaves a Will or not, and if so, where deposited: M. F. M. 10 direct to D. R. O. & already

Statement as to existence of any personal effects: Nothing on hand to that effect.-

Latest particulars as to Next of Kin: Ernest Boucher, (Father) St-Damien de Brandon, Que.,

I hereby certify that Next of Kin and District Headquarters have been informed.
(Strike out Next of Kin if not informed)

Officer Commanding

Secretary, Department of National Defence.
Forwarded, please.

Date 27 July 1942

D.O.C., M.D.

Date

Noted Graves Reg

M.F.W. 2570
25M—6-41 (758)
H.Q. 1772-39-1356

DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE
- Army -

A.D. Register No. 5781

COURT OF INQUIRY - ~~Injury~~ Death
D.66113 Boucher U.

H.Q. 405-B-11419 F.D.66 (A.D.2a)

OTTAWA, Ontario M.D.4

~~xxxxxx~~ 28th July, 1942

DATE OF ~~xxxxxxxx~~ Death 14th April 1942

COURT CONVENED _____ 19__

COURT SAT 27th April 1942

PROCEEDINGS SIGNED 27th April 1942

PROCEEDINGS APPROVED BY D.O.C. 24th June 1942

PROCEEDINGS FORWARDED 24th June 1942

PROCEEDINGS RETURNED FOR FURTHER INFORMATION OR DIRECTION _____ 19__

PROCEEDINGS RETURNED TO N.D.H.Q. _____ 19__

OTHER DELAYS

PRECIS OF EVIDENCE

On 14th April, 1942, Pte. Boucher was absent without leave from No. 42 C.A.(B) T.C. At about 0640 hours that date he was found lying on the snow at the edge of a wood with a rifle at his side but as no wound nor blood was found the case was referred to Dr. M.J.M. Roussel for an autopsy. A few days before while at home Boucher had often said he would rather kill himself than return to Camp and previously had had threatened to kill some people.

Dr. A. Laurendeau's fees $7.00

MEDICAL EVIDENCE

Verdict of Coroner's Inquest was one of poisoning by strychnine.

FINDING OF THE COURT

The Officer Commanding states that this is self destruction while unsound of mind. The coroner's fees to be at the public expenses.

REMARKS

YB/SP

G. A. FERGUSON
LT. COL.
ORG. A. D.
AUG 1 1942

CANADA
PROVINCE DE QUEBEC
District de

Formule G.

COPIE DE VERDICT

A l'enquête instituée et prise par Notre Souverain Seigneur le ROI en la localité St. Damien dans le district de Joliette

14ième jour jour de avril

mil neuf cent ~~trente~~ quarante deux et, après ajournement, continuée le 25ème jour de avril

mil neuf cent ~~trente~~ quarante deux dans la 4ème année du Règne de Notre Souverain Seigneur GEORGE V, par la Grâce de DIEU, Roi du Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande et des possessions britanniques au delà des mers, Défenseur de la Foi, Empereur des Indes, devant Dr A. Laurendeau Coroner de Notre dit ROI, dans et pour le dit district, en vue du cadavre de Urbain Boucher mort dans la municipalité de St. Damien dans le comté de Berthier

le ~~ou vers le~~ 14ième jour de avril

mil neuf cent ~~trente~~ quarante deux

Les Six personnes ci-dessous mentionnées ayant qualité pour servir comme jurés après avoir été requises par Notre dit Souverain Seigneur le ROI de déterminer quand, où, comment et de quelle manière le dit Urbain Boucher est mort, déclarant sous serment: que le dit Urbain Boucher est mort d'empoisonnement par la strychnine dans un moment d'aliénation mentale sans imputer de blâme à qui que ce soit

En Foi de Quoi, le dit Coroner aussi bien que les membres du jury ont apposé, les jours et au susdits, leur signature à ce verdict

Membres du jury:

Signatures:

Roland Provost pris.
Jean Dandeneau
Henri Richard
Emile Tellier
Alphéri Tellier
Elzéar Trimblay

(Signé) A. Laurendeau
Coroner du district de Joliette

Vraie copie,
A. Laurendeau
Coroner