E10667
BOUCHER
MAURICE

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

FORMULE D'ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

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

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

LAISSEZ EN BLANC

Partie A—RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. (a) Nom et prénoms (lettres moulées) BOUCHER MAURICE (b) N° matricule M/10667
2. (a) Arme ARMEN (b) Unité R. DE LA CHAUD. (A.F.) (c) Rang Private
3. (a) Date de naissance 29 decembre 917 (b) Avez-vous des personnes à votre charge? n.a. (c) Domicile au moment de l'enrôlement CAUSAPSCAL CO. MATAPEDIAC
4. (a) Lieu d'enrôlement RIMOUSKI P.Q. (b) Date d'enrôlement 11 janvier 1942.

Partie B—INSTRUCTION ET FORMATION

5. (a) Âge à la sortie définitive de l'école 15 ans (b) Fréquentiez-vous l'école ou le collège au moment de l'enrôlement? n.a.
6. Indiquez exactement où vous en étiez dans vos études à l'école publique, technique ou secondaire (par exemple—"école publique, 4 ans," "école secondaire, 2 ans;" "immatriculation junior" ou "cours technique en imprimerie, 4 ans", etc.) 5eme annee primaire
7. Si vous avez fréquenté une université, indiquez-en le nom ainsi que la classe atteinte ou le grade obtenu
8. (a) Êtes-vous déjà entré en apprentissage? n.a. (b) Si oui, dans quel métier? n.a. (c) Avez-vous complété votre apprentissage? n.a. (d) Si vous ne l'avez pas complété, combien de temps y avez-vous passé? n.a.
9. (a) Quelles langues parlez-vous couramment? Francaise (b) Quelles langues lisez-vous facilement? Francaise

Partie C—SITUATION AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

10. (a) Indiquez si vous étiez EN EMPLOI ou EN CHÔMAGE au moment de l'enrôlement. (Inscrivez simplement "En emploi" ou "En chômage", selon le cas; les détails sont demandés plus bas) EN EMPLOI (b) Au moment de l'enrôlement de quel syndicat ouvrier ou société professionnelle étiez-vous membre? N.A.

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

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

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

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

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

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

18. Nom du patron OSCAR BOUCHER Adresse CAUSAPSCAL CO. MATAP.
19. Genre d'affaires du patron (par exemple, "culture" ou "construction de bâtiments" ou "fabrique de chaussures" ou "fonderies de fonte" ou "magasin de détail", etc.) BUCHERON
20. (a) Genre précis de votre occupation AIDE BUCHERON (b) Nombre d'années d'expérience dans ce travail pour le compte de tout patron 10 ans
21. (a) Votre patron vous a-t-il formellement promis de vous reprendre à son service à votre licenciement? oui (b) Votre patron a-t-il refusé de promettre de vous reprendre à son service à votre licenciement? n.a. (c) Désirez-vous retourner à votre ancien emploi? oui

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

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

Partie F—DÉTAILS DE L'EXPÉRIENCE EN AGRICULTURE

24. (a) Désirez-vous vous livrer à la culture de la terre après la guerre? oui (b) Vous croyez-vous apte à exploiter une ferme? oui (c) Si oui, dans quel genre de culture? general
25. (a) Êtes-vous né sur une ferme? Non (b) Nombre d'années d'expérience effective dans la culture? 3 ans (c) Dans quelles provinces avez-vous acquis votre expérience? QUEBEC

Partie G—DIVERS

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

DATE 26 janvier 1942. SIGNATURE Maurice Boucher

5th Inf.

I. Regt. No. E-10667 Rank Pte. Unit 5e Regt. de la Chaud. Date 5-2-42

Name BOUCHER, Maurice Age 24 Place of Birth Causapscal, P.Q.

Date of Enlistment 14-1-42 Place of Enlistment Rimouski, P.Q. Depot M.D. 5

Languages spoken French. ~~R~~ Recruit A Med. Cat. A-1 Place Quebec, P.Q.

II. M. Test Date 5-2-42

Test	Score	S.M.	
1	16		SUB-TOTAL 37
2	12		S.M.
3	9		
4	19		SUB-TOTAL 33
5	14		S.M.
6	3		SUB-TOTAL 29
7	12		S.M.
8	14		
Total	99	S.M.	GRADE D
9			

Other Tests Name or Type	Date	Place	Score	Grade

III. Military Background — Enlisted on the 14th of Jan 1942

IV. Educational Background

Elementary schooling: 5th grade
Does not know English.
average pupil at school

V. Occupational Background

one year, a farm employee
generally, lumberjack for International Paper

VI. Arm Desired — Infantry

Work in Arm Desired — routine work

VII.

Born in a rural village of Quebec
His father, a jobber in pulp wood
7 children at home. Oldest son in the family
very moderate means family

Enlisted on the 14th of Jan 1942

Not sportive
Sociable, talkative
Popular among boys and girls
Stability II
Personality: fair
routine worker type

M.F.M. 196
10M—12-41 (2710)
H.Q. 1772-39-1916

VIII. Summary

"M" Test "D" Stability II Personnality: foir
Elementary schooling: 5th grade
farm worker and lumberjack
Not sportive, but sociable and talkative
routine work mainly

IX. Suggestions

routine work mainly or pionnier battalion

X. Signature of Interviewer

N.C.O.	Officer
Cpl. S/Sgt	Capt H. Bastien

XI. Action Taken

Date of Action

Follow-up

DOIT ÊTRE REMPLIE ET RENVOYÉE PAR

Formule P. 64

Monsieur Oscar Boucher,

Causapscal,

Cté Matapédia, Québec.

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

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

et de citer le numéro suivant:

Q.G. 405-B-14,894 FD.262

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE
DIVISION DES SUCCESSIONS
OTTAWA, ONTARIO

2 avril 1945

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

BOUCHER, Maurice, Soldat,

E.10667, Armée Canadienne.

ESTATE BRANCH
APR 11 1945
H. Q.
OTTAWA
NATIONAL DEFENCE

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

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

/GC

pour Le directeur des successions,

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

RÉPONDRE AU LONG À TOUTES LES QUESTIONS APPLICABLES

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

Degrés de parenté	PARENTS à signaler		TÉMOIGNAGE DU DÉCLARANT — NOM ET PRÉNOMS de tout parent de chacun des degrés mentionnés	Age	ADRESSE AU LONG de chaque parent survivant, en regard de son nom, et date du décès de tout parent décédé
1	Veuve du défunt.....				
2	Enfants du défunt et dates de naissance.....				
3	Père du défunt.....		Oscar Boucher	56	Campscal. P.Q.
4	Mère du défunt.....		Léonie Gagnon	55	Campscal. P.Q.
5	Frères du défunt	Frères germains	Albert	18	Campscal, P.Q.
		Demi-frères			
6	Sœurs du défunt	Sœurs germaines	Roxana Desrosiers	38	Campscal, P.Q.
			Rose-Anna Gérard	37	
			Marie-Anna Boucher Gallant	30	Campscal. P.Q.
			Régina Gallant	28	Régina "
		Demi-sœurs	Lucienne Boucher	22	"
			Jeanne d'Arc Vermette	17	"
			Gilberte Gagné	25	"
7	Noms des frères ou sœurs (germains ou non) du défunt, *qui sont décédés*, et date de décès de chacun d'eux		Noms et âges de leurs enfants (le cas échéant)		Adresse de leurs enfants

RÉPONDRE AU LONG À TOUTES LES QUESTIONS SUR CETTE PAGE

DÉTAILS D'IDENTITÉ

8	Nom et prénoms du défunt.	Maurice Boucher
9	Date de sa naissance.	29 décembre 1915
10	Lieu et date de son mariage.	Célibataire
11	Lieu et date du mariage de ses parents.	

DÉTAILS DE DOMICILE

12	Lieu où le défunt est né.	Causapscal, P. Q.
13	Indiquer, par ordre, la province, l'état et/ou le comté où le défunt a résidé avant son engagement, et la durée dans chaque cas.	(a) 2 mois (b) Matapédia (c) (d) Causapscal, - toujours.
14	Nature de son emploi avant son enrôlement.	Journalier
15	Indiquer s'il était propriétaire de la maison où il demeurait. Le cas échéant, à quel endroit?	non
16	Indiquer le lieu où le défunt entendait vivre d'une façon permanente.	Causapscal -

DÉTAILS DE LA SUCCESSION

17	A-t-il laissé un testament? Si vous en avez la garde, veuillez nous le transmettre.	Pas à ma connaissance mais il peut lui en avoir fait un Outre-mer.
18	Si le défunt était marié et domicilié dans la province de Québec ou dans un état des États-Unis d'Amérique ou dans un pays où il existe communauté de biens entre les époux, existait-il un contrat se rapportant à la propriété?	Célibataire
19	Avait-il un compte d'épargne dans une banque, un bureau de poste ou autre institution? Le cas échéant, donner le nom et l'adresse de la banque, etc., et le montant déposé. Désirez-vous qu'il soit administré avec le compte de solde?	non
X 20	Montant des certificats d'épargne de guerre que possédait le défunt. Indiquer l'endroit où ils se trouvent.	
X 21	Montant des bons de la victoire que possédait le défunt. Indiquer s'ils sont enregistrés ou payables au porteur, ainsi que l'endroit où ils se trouvent.	50 00 bons victoire au nom Leonie Boucher
22	Si le défunt possédait des polices d'assurance-vie, donner les noms des compagnies et la somme payable en vertu de chacune des polices, ainsi que le nom de la personne qui y est nommée bénéficiaire.	aucune
23	Décrire les autres valeurs, le cas échéant, et en donner le montant approximatif. Se servir de l'espace à la page 4, au besoin.	Lingerie et objets personnels.

AUTRES DÉTAILS

24	Après son engagement, le défunt avait-il contracté des dettes: (a) pour ses propres logement et pension pendant qu'il était dans les forces armées. (b) pour habits et équipement militaires. Un état détaillé de chacun de ces comptes doit être annexé à cette formule et, s'ils sont exacts, veuillez y inscrire "approuvé" et signer votre nom. Si vous les croyez inexacts, donnez des détails.	Aucune dette
25	Est-ce que les frais funéraires ont été payés, entièrement ou en partie, par vous-même ou un autre parent? Le cas échéant, annexez des états détaillés indiquant les montants payés, et par qui.	non. par eux mais un ami ma chanté sous peu le service sera de $125.00

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

(VOIR AU VERSO)

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

DÉCLARATION

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

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

X ..... Signature du déclarant

Campascal, Co. Matapédia, P. Québec ..... Adresse

CERTIFICAT

Je, soussigné, certifie que, autant que je sache

Madame Léonie Boucher ..... Nom du déclarant

*Voir plus haut

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

Daté à Campascal ce septième jour de avril 1945

Signature du pasteur, prêtre, magistrat, commissaire, notaire public ou officier de l'une quelconque des forces de Sa Majesté. J. Eud Dubiens, ptre. Titre Curé

Adresse Campascal, P. Québec.

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

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

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

Montre.
Plume-reservoir
Stylo
Objets religieux
Photos -

Received JUL 3 1942 WSG Checked ✓ Card ✓ Observations

ORIGINAL
DUPLICATA
TRIPLICATA

COMPLETED

REGT DE CHAUDIERE

M.F.M. 2 Fr.
A.F.B. 271
20M—6-41 (914)
H.Q. 1772-39-1645

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

Unité ~~R.C.C.C.~~ N° Matricule E/10667

~~REGIMENT DE LA CHAUDIERE (M/T).~~
~~D.D.M.D. NO.5~~

ARMÉE CANADIENNE

FORMATIONS ET UNITÉS ACTIVES
FORMULE D'ENRÔLEMENT

01 PTE

1. Nom Boucher
2. Prénoms Maurice
3. Adresse actuelle Causapscal Co. Matapédia P.Q.
4. Date de naissance 29 decembre ~~1917~~ Ch. 1916
5. Lieu de naissance Canada (Pays) Quebec (Comté ou province) Causapscal Co. Matapédia (Ville ou canton)
6. Religion (indiquez la confession) Cath. Rom.
7. Métier ou profession ~~Célibataire~~ ~~Mécanicien~~ Ch. Journalier
8. Marié, veuf ou célibataire Célibataire
9. Nom du plus proche parent Oscar Boucher
10. Degré de parenté père
11. Adresse du plus proche parent Causapscal Co. Matapédia P.Q.
12. Faites-vous partie d'une unité ou formation de réserve de l'armée canadienne ou y avez vous déjà servi?
C-A.B.T.C. No5, 9-1-41/11-2-41 ~~M/A fait 1 mois de camp au 55~~
(Si oui, spécifiez l'unité et les dates de service)
13. Avez-vous servi dans (a) une formation ou unité active de l'armée canadienne? Non (Oui ou non)
(Si oui, spécifiez le numéro matricule et l'unité)
(*b*) Quelque autre armée de mer, de terre ou de l'air? Non (Oui ou non)
(Si oui, spécifiez l'unité et la durée du service)
14. Avez-vous servi pendant la Grande Guerre de 1914-1918? Non
(Si oui, spécifiez le numéro matricule. l'unité et les dates de service)

DÉCLARATION FAITE PAR LA RECRUE LORS DE L'ENRÔLEMENT

Je, soussigné, Maurice 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.

Date 13 janvier 1942 Maurice Boucher
Témoin: Lieut. Gaher Turcotte (Signature de la recrue)

SERMENT PRÊTÉ PAR LA RECRUE LORS DE L'ENRÔLEMENT

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

Maurice Boucher
(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 inexactement 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 QUEBEC. ce 13e. jour de Janv. 19 42.

E.A. Sammond Major.
(Signature du magistrat, du juge de paix ou de l'officier certificateur)

No5 DIST. DEPOT.
(Titre, grade et unité ou emploi)

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

FINGERPRINTED

ATS-1 Lieut. Gaher Turcotte Accepted Dist. Depot No 5 Completed

État de service de B O U C H E R (Nom) MAURICE (Prénoms) N° matricule E/10617

5601—

APTITUDES

Militaires nil

Professionnelles ou commerciales nil

Civiles ou de métier Journalier

Techniques nil

Langues Francais.

DEGRÉ D'INSTRUCTION

École supérieure ou Académie 5iem annee (années achevées) — Graduation ou Immatriculation non (Spécifier)

*Collège des frere du Sacre coeur. Causapscal P.Q.

*Université nil

College du Sacre coeur de Causapscal P.Q.

(*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 ou 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 13-1-42						
19-1-42	D.D.5	T.O.S. on attachement as reinforcement Le Regiment de la Chaudiere (AF)	Pte.	13-1-42	R.de A.	Cove Field.	No: 13	16-1-42
5-2-42	D.D.5	Ceased to be attached to D.D.5 on proceeding to C.A.(B) T.C. No: 54 Montmagny camp P.Q. as reinforcement le Regt.de la Chaudiere	Pte.	6-2-42	R.de C	Cove Fld.	No: 31	6-2-42
6-2-42	"	Attached to C.A.(B)T.C.# 54 for all purposes	"	6-2-42	"	Montmagny	# 16	6-2-42
8-4-42	"	Ceases to be attached to C.A.(B)T.C.# 54 on transfer to C.A.(A)T.C.A-13 Valcartier	"	8-4-42	"	"	# 43	8-4-42
		ATTACHED TO A.I.T.C. A-13 ON TRANSFER FROM Montmagny	"	APR 8 1942	A.I.T.C. A-13	VALCARTIER CAMP, P. Q.	NO' 85	10.4.42
		Perd sous F.R.&.l.1939 1jr de solde pour AWL.	"	16-5-42	"		" " /119	20-5-42

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

18185

CERTIFICAT DE L'EXAMEN MÉDICAL

Nom en entier BOUCHER Maurice. Lieu Quebec. P.Q.

Lieu Causapscal Co. Matapedia P.Q. Date 14-1-42

PARTIE 1. Renseignements obtenus de la recrue.

1. Âge ~~20~~ 25 2. Avez-vous déjà souffert de l'une quelconque des maladies suivantes?

a. Rhumatisme non
b. Tuberculose ou pleurésie non
c. Bronchite ou asthme non
d. Affection cardiaque non
e. Maladie du rein ou de la vessie non
f. Affection stomacale ou intestinale non
g. Hernie oui
h. Varices non
i. Mal aux pieds non
j. Affection nasale non
k. Maladie des oreilles non
l. Maladie des yeux non
m. Convulsions non
n. Maladie nerveuse ou mentale non
o. Syphilis non
p. Gonorrhée non
q. Avez--vous déjà porté des lunettes? non
r. Touchez-vous actuellement ou avez-vous touché antérieurement une pension ou autre indemnité d'invalidité?—Si oui, donnez des détails non

Maurice Boucher
(Signature de la recrue)

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

1. Marques particulières ou cicatrices (si celles-ci sont opératoires, obtenir les détails)
cicatrice d'herniotomie en 1939

2. Taille 5 pieds 4 pouces. 3. Poids ~~MM~~ 137 livres

4. Teint clair Yeux bleus Cheveux chatains

5. Développement Bon { Bon / Passable / Médiocre }

6. Tour de poitrine—Circonférence, pleine expansion 38 pouces Degré d'expansion 3 pouces

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

Avec lunettes, droite gauche

9. État de la bouche et des dents Traitement.

10. Les anomalies (congénitales et pathologiques) constatées lors de l'examen sont les suivantes:
NIL SS/81 X.RAY CHEST NEGATIVE 15/1/42
L Lavallée Capt RCAMC

Urine, oreilles et reflexes: Normaux,-

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 1

Observations spéciales lorsque la catégorie est inférieure à A

C. Guimont Capt. RCAMC. (Président) | J.V. Lavoie Major RCAMC. (Membre) | Dr.A. Tremblay. (Membre)

VACCINATIONS, INOCULATIONS, COMMISSIONS, RECLASSIFICATION DE LA CATÉGORIE MÉDICALE

Date	Détails succincts et signature	Date	Détails succincts et signature
17-1-42	Vacc. T.A.B. 1st recondi		
14-1-42	T.A.B. 2nd recondi		
23-2-42	3 cc Novocain Capt		
17-3-42	3 cc Novocain Capt		
25-5-42	Cat. Reaffirmed Lemieux		

E-10667 Pte. Boucher Maurice.

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

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

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

NO E.10667 Rank Private Name BOUCHER, Maurice

Unit Le Regt. de la Chaudiere Date of death 26th Feb., 1945.

Died at Germany

Cause Killed in action

Death occurred on strength of Forces H.Q. 405-B-14894

N/K Mr. Oscar Boucher Relationship Father

Address Causapscal, ~~Matapedia Co.~~ Bonaventure Co., Que.

Remains buried in MR 934524 Cleve Pl.1 Row 11, Gr.9, Cemetery Bedburg, Germany

Grave location

CHK

OVER

BURIAL REPORT TO N.K. JUL 12 1946

RETURN TO BUR. OF STAT. MAY 25 1945

ROYAL MESSAGE DESP'D. MAR 19 1945

CAN. MESSAGE DESP'D. MAR 23 1945

Temp B K sent to N K

REBURIAL

Nijmegen Canadian Military Cemetery,
4 miles S.E. of Nijmegen, Holland.

Grave 8, row G, plot 9.

H I & CR Form Despd. OCT 15 1946

Photographs
Despatched
NOV 28 1947

10M-1-45 (M-4608)

(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 nomination ou enrôlement? non

Dans l'affirmative, donnez son nom en entier et son adresse postale n.a.

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

Si oui, donnez son nom, son adresse et son emploi Oscar Boucher (Contracteur) Causapscal Co. Mat. P.Q.

(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 votre nomination ou enrôlement 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? oui

Dans l'affirmative, donnez son nom et son adresse Leonie Boucher Causapscal P.Q.

(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 votre nomination ou enrôlement 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? n.a.
Ceci peut comprendre des frères âgés de 16 ans ou moins, ou des sœurs âgées de 17 ans ou moins, que vous faisiez vivre uniquement à titre de membres de votre maison avant votre nomination ou enrôlement

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) Êtes-vous assuré? non

Si oui, dites dans quelle compagnie? n.a.
(Indiquez le numéro de la police)

Avez-vous pris les dispositions nécessaires pour le paiement de votre prime d'assurance? n.a. 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 maximum qui peut être délégué.

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

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

Date 16-1-42

A/Pagmr Lieut
for Officier Commandant (F.C.MAGEE) Lt-Col.
Commanding District Depot M.D. #5

Date 16-1-42

N.B.—Si les parents de l'officier, soldat ou aviateur sont les parents adoptifs, on est prié de modifier en sonséquence les questions qui se rapportent au père ou à la mère.

Doit être fait en double exemplaire

M.F.M. 5 (Fr.)
60M—7-40(5847-8)
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 (EN SERVICE ACTIF)

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 (EN SERVICE ACTIF).

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

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

---

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

(2) Matricule et grade E-10667 Pte.

(3) Unité Le Regiment de la Chaudiere (AF)

(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? n.a.

Sinon, donnez-en les raisons n.a.

(7) Êtes-vous veuf? n.a.

(8) Avez-vous des enfants? n.a. Garçons n.a. Filles n.a.

Noms et 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)

(a) Report		(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
Date	From whom received	Unit	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	Place of Casualty	Date of Casualty	Army rank as at (e)	Army Form or other authority for entry to be shown
SDS		3 CDIRU	S.O.S. C.A. (CANADA) ON EMBARKATION	U.K.	1 June 42	Pte	1394 d/13 June 42
		3 CDIRU	T.O.S. C.A. (OVERSEAS) ON TRANSFER (Reinf for R de Chaud)	U.K.	2 June 42	Pte	
		3 CDIRU	Disembarked in UK	U.K.	11 June 42	Pte	
	SDS	3 CDIRU	T.O.S. 8 CDN. DIV. INF. REINF. UNIT	U.K.	12 June 42	Pte	
SDS		3 CDIRU	A.O.S. to R de Chaud Hd Qrs Unit Wood No 44400	U.K.	30 July 42	Pte	1758 d/30 Jul 42
31 Jul 42		R de Chaud	T.O.S. from 3 C.D.I.R.U. "	Field	31 July 42	"	40 d/5 Aug 42
2 Mar	-	-	Grtd Daily Rates Pay of $1.50		1 Jan 43		11 JAN 1943
			Awd Cdn Vol Ser Medal & Clasp		15 JAN 44		- 5 - 1944
			Embarked U.K. 2 Jan 44. Disembarked France 6 Jan 44		6 Jan 44	"	45/44
		"	9 days Pd to UK	"	5/13 Jan 45	"	4/145
		"	Awd 1 Gl Bar Cpn	"	16 May 44	"	13/45
		"	Sgt Killed in Action	"	26 Feb 45	"	14/45

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 Le Regt.de la Chaudiere (AF) Regimental Number E-10667

1. Surname BOUCHER
2. Christian Names MAURICE. Pte.
3. *Substantive Rank and Appointment
   *Acting Temporary or Local Rank Pte
   giving date 13-1-42

*To be entered in pencil to facilitate alteration.

4. Place of birth Causapscal Co.Mat. P.Q.
5. Date of birth as declared on attestation 29 Dec. 1916
   (A)
6. Date of enlistment 13-1-42
7. Place of enlistment Quebec City P.Q. Canada
8. Residence at time of enlistment Causapscal P.Q.
9. (B) Special conditions (if any) of enlistment or rate of pay
10. (C) Any subsequent variations of conditions of service
11. Religion Catholique Romaine
12. If married, state date
13. Trade on enlistment Journalier
14. Corps, trade and grade
15. (D) Qualifications nil
16. (E) Miscellaneous entries

(17) Regiment or Corps: Regt.de la Chaud.(AF)

Unit (Battn., etc): 1st Bn.

(18) Medical

Category	Date	Authority
(A1)	14-1-42	M.F.M. 2
A-1 Reaff	25-5-42	~~M~~ S.M.B.

(19) Next of kin (entries to be made in pencil)
Mr Oscar Boucher (Père)
Causapscal P.Que

(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.

Statement of the Service of No. E-10667 Rank Pte Sheet No. 1

Name Boucher, M

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

REPORT Date	REPORT From whom received	Record of Promotions, Reductions, Transfers, Casualties, Reports, etc. (Continuation of Folio 2, M.F.M. 1 or M.F.M. 2)	Rank Shown	Effective Date	Unit	Place	Authority Part II D.O. No. Cas. List, etc.	Authority Dated
		Ceases to be attd. to A I T C A-13 on Trans. to Embarkation	Pte.	31 May 42	A I T C A-13	Valcartier Camp.	128	30 May 42
		S.O.S. C.A. (CANADA) ON EMBARKATION	"	1 June 42	3 C.D.I.R.U.	U.K.		
	✓	T.O.S. C.A. (OVERSEAS) ON TRANSFER (Reinf for R de C)	"	2 June 42	"	"	139	13 June 42
		Disembarked in U.K.	"	11 June 42	"	"		
		T.O.S. 3 CDN. DIV. INF. REINF. UNIT.	"	12 June 42	"	"		
SOS	✓	SOS to R de C	Pte	30 July 42	3 D I R U	U.K.	178	30 July 42
	TOS ✓	TOS from 3 D I R U	Pte	31 July 42	R de C.	U.K.	40.	5 Aug 42
	✓	Granted daily R/pay $1.50 6 mths prof. service	Pte ✓	1 Jan 43	R de C	U.K.	14	29 Mar 43
	✓	AWARDED THE CANADIAN VOLUNTEER SERVICE MEDAL AND CLASP						
	✓	Embarked at U.K. on..... Disembarked at FRANCE on.....	Pte.	2 June 44. 6 June 44.	R de C	21 A. Gp.	45.	13 July 44.
	SOS							
Died	Enor. ✓	~~TOS. for from X to List etc Unatt.~~ Killed	~~Pte.~~	~~3 Aug 44~~ 26 Feb 45	~~R.E.S. Fwd. A.R.~~	~~1 Hfg.~~	~~66.~~ CLA. 5'S'O	~~6 Sept 44~~ 4 Mar 45.
	✓	Killed.	Plé.	26 Feb 45.	R de C.			
	✓	Awarded 1st Good Conduct Badge.	Plé.	16 May 44	R de C.	21 a Gp.	12	3 Mar 45.

Statement of the Service of No. E.10667 Rank..... Sheet No.....

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

Name. BOUCHER M.

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

OFFICIAL CANADIAN ARMY OVERSEAS CASUALTY NOTIFICATION

NUMBER E-10667 RANK Private SERVICE UNIT

NAME BOUCHER, Maurice Le Regiment de la Chaudiere (CA)

DATE OF BIRTH DAY 29th MONTH December YEAR 1916 Date enlisted 13-1-42

MARITAL STATUS Single Religion: Roman Catholic

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

ADDRESS Causapscal, Matapedia Co., Que.

NAME ADDRESS D.A.B. Mr. Oscar Boucher

ADDITIONAL PERSON TO BE NOTIFIED ADDRESS

PARENTS NAME

ADDRESS (IF SOLDIER MARRIED OVERSEAS)

AUTHORITY CAS. SIG. NO. 6706A H.Q.405-B-14894

CASUALTY DETAILS Killed in action DATE 26-2-45

WESTERN EUROPEAN THEATRE OF WAR

Os/Regt. de la Chaud.

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

M.F.M.5. ATTACHED TO NOTIFICATION TO A. OF E.? YES/NO

DATE 12-3-45

Wilfrid Smith

OFFICER I/C RECORDS

Gn/6

COPY FOR DOCUMENT FILE

CASUALTIES, ETC.

PART II D. O. NO.	PART II D. O. DATE	NATURE AND PARTICULARS	IF IN HOSPITAL NOTE NAME
13-16	-1-42.	T.O.S.Regt.de Chaud. eff.13-1-42.Att.to D.D.5. (prev served at CA(B)TC55 from 9-1-41.to 11-2-41.)	
31	-6-2-42.	S.O.S.D.D.5.eff.6-2-42.on att.for all purposes to CA(B)TC 54 Montmagny P.Q.	
16	6-2-42.	Attached to C.A.(B)T C. No.54 Mont'y w.e.f 7-2-42	
43	9-4-42	Transfer to A-13 Valcartier w.e.f. 1226 hrs 8-4-42	
84	9-4-42	TOS A(I)TC A-13 from T.C.54 Eff. 8-4-42.	
87	13-4-42	Amend. No. 84 and read: Eff. 9-4-42 instead of	
119	20-5-42	AWL. 2359-16-5-42 2230-17-5-42 = Forf. 1 day's pay 1.30	
129	16-42	SOS Draft 19 Eff. 31-5-42	
139	13-6-42	T.O.S. C.A. (OVERSEAS) ON TRANSFER wef. 2-6-42	
129	13-6-42	T.O.S. 8 CDN. DIV. INF. REINF. UNIT. wef. 12-6-42	
178	30-7-42	S.O.S. 3 Div. Rc to Fd. Unit wef. 30-7-42	
140	5/8/42.	T.O.S. R.de Chaud from 3 C D I R.U. 31/7/42	
14	29-3-43	Granted Eff Pay 1.50 per 1-1-43	
5	29-1-44	AWD. THE C.V.S.M. AND CLASP WEF. JAN 5 1944	
115	13/4/44	Embarked U.K 2/6/44 Disembarked France 6/6/44	
9.	11-2-45	GRANTED 9 DAYS P.L. WITH R.A. FROM 5 TO 13-1-45. 6	

M — M. 14
300M-5-41 (323-4)
H. Q. 1772-39-1662

*MARRIED
~~*WIDOWER~~
*SINGLE

NO E/10667 RANK Pte. NAME BOUCHER Maurice

PLACE OF ENLISTMENT Quebec P.Q. DATE 13-1-42.

RATE OF PAY

D. O. NO.	DATE	RANK	GROUP	P. F. OR A. S.	DAILY RATE	IF LIABLE PEN. DED.	REMARKS
13-16-1- 42		Pte.		A.S.	1.30	13-1-42.	NEXT OF KIN!-
14	29-3-43	"			1.50	1-1-43.	MR. OSCAR. BOUCHER (F)
							CAUSAPSCAL,
							CO MATAPEDIA. P.Q.

ASSIGNMENTS

ASSIGNEE	EFFECTIVE DATE	AMOUNT	TOTAL
Mrs LEONIE Boucher			
CAUSAPSCAL, MATAPEDIA CO.			
P.Q. (MOTHER)	1-9-42	20 00	20.00

DEPENDENTS' ALLOWANCES NO.

DATE APPLICATION FORWARDED	RELATIONSHIP	AMOUNT AWARDED	EFFECTIVE DATE
Vol			

OUTFIT OR CLOTHING } ALLOWANCE $ PAID ON

REHABILITATION GRANT $ PAID

*DELETE WORDS WHICH ARE INAPPLICABLE

IN RECEIPT OF PENSION UNDER PENSION ACT OR MILITIA PENSION ACT (1910) $ P.A.

OCCUPATIONAL FORM COMPLETED

ENDORSEMENTS

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

Prior to compilation of statement below

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

Explanation of Debit Balance :-

STATEMENT OF ACCOUNT

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

DEBITS AND/OR CREDITS SUBSEQUENT TO COMPILATION OF ABOVE STATEMENT

Date	Unit	Particulars	Dr	Cr	Signature of Paying Officer

Place of Embarkation .....

Date of Embarkation .....

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

Date of Disembarkation .....

3/45A MFM 510
40/P&S/254 (8550)

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

District.....

Dispersal Area.....

Regtl No. E 10667 Rank and Name BOUCHER M. PTE.

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

(Transfer or Discharge) ~~Trans~~ to.....on 26th Feb: 1945

Reason Death Authority: C.C.L."A" 550 d/4th Mar.45.

The following is a statement of the account of the above-named from 1st Feb: to 28th Feb: 1945. the inclusive date of transfer or discharge.

Dr Particulars	Amount		Cr Particulars	Amount	
Balance Dr from last account			Balance Cr from last account	60	58
First Monthly Payment			Regimental Pay 28 days at $ 1.50	42	00
Casual Payments			Tradesmen's Pay .....days at $		
Payments on Transfer or Discharge			Additional Pay (Give Particulars) .....days at $		
Assigned Pay	20	00	Allowances (give particulars) .....days at $		
Regimental Charges					
Public Stoppages (give particulars):					
			D.P.Interest	3	15
To Balance Cr Free	45	73			
To Balance Cr Deferred	40	00	By Balance Dr		
Total	105	73	Total	105	73

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

Remarks

A.P. $20.00 (M) Stopped eff Mar.45.

Compiled by F.Trenouth.

Checked by E.Knight

Date 31st Aug.45. 19.....

Certified correct E Henderson
for Chief Treasury Officer, Overseas

MW

5/7R CFA 187
10/P & S/2180 (7060)

CANADIAN MILITARY HEADQUARTERS

ESTATES BRANCH
INVENTORY

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

No., RANK and NAME ..... E-10667 ..... BOUCHER M. ..... PTE ..... DEC'D .....

RECEIVED FROM ..... GHQ CDN SEC 2nd Ech 21 Army Group .....

CHECKED BY ..... A-117006 Gnr. Schwartz. M. ..... DATE ..... 26 Mar 45 .....

AND ..... F-43564 Pte Nowe C. A. .....

1	Wallet.		
1	Rosary.		
1	Prayer Book.		
1	Comb.		
	Letters.		
1	Mech. Pencil.		
	Snaps.		
1	Leatherette Holdall.		

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

QUADRUPLICATE—with effects.

M Schwartz Lieut

for OC 1 Cdn KSD

File No 405-B-14894

REBURIAL

NO E-10667

RANK Private

NAME BOUCHER - M.

NAME OF CEMETERY Nijmegen Canadian Military Cemetery,

LOCATION OF CEMETERY 4 miles S.E. of Nijmegen, Holland.

GRAVE LOCATION Grave 8 Row 11 Plot 9

AUTHORITY 54-27-88-2 Vol. 21

Reburial list.

5M-1-46 (8548)
H.Q. 1064-81-3

DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE

NAVY ═══ ARMY ═══ AIR FORCE

STATEMENT OF WAR SERVICE GRATUITY

WS9934-2
11393
ARMY

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

REGISTER NO. D-17612
FILE NO. 405-B-14894
DATE 19-3-46
SERVICE NO. E-10667
FINAL RANK OR RATING Pte.
DATE OF DISCHARGE 26-2-45

PAYEE Director of Estates
ADDRESS

DATE OF TERMINATION OF OVERSEAS SERVICE 26-2-45

		$	¢
A. TOTAL QUALIFYING SERVICE	NO. OF DAYS 1140/30 EQUAL TO 38 COMPLETE PERIODS AT $7.50	285.00	
B. QUALIFYING OVERSEAS SERVICE	No. OF DAYS 1001 LESS INELIGIBLE DAYS, EQUAL TO DAYS @ 25c. PER DAY	250.25	
		535.25	
C. SUPPLEMENT FOR OVERSEAS SERVICE			
DAILY RATES AT DISCHARGE			
PAY	$ 1.50		
SUBSISTENCE OR LODGING AND PROVISION ALLOWANCE	$ 1.25		
ADDITIONAL PAY	$		
	$		
	$		
DEPENDENTS' ALLOWANCE 1/30 OF $	$		
TOTAL	$ 2.75 X7 = $ 19.25		
NO. OF DAYS 1001/183	X$ 19.25	105.30	
D. WAR SERVICE GRATUITY		640.55	
E. DEDUCTIONS	OVERPAYMENT OF PAY AND ALLOWANCES $		
	DEPENDENTS' ALLOWANCE AND ASSIGNED PAY $		
	OTHER DEDUCTIONS $		
F. TOTAL AMOUNT PAYABLE		640.55	

G. YOUR PORTION OF GRATUITY IS—

100%

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

TOTAL DEPENDENTS' ALLOWANCE IN ISSUE $

ESTATES BRANCH APR 3 1946 OTTAWA DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE

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
KRM	[signature]

TREASURY

CHECKED BY	DATE
A. Cadberry	21/3/46

[signature]
SERVICE REPRESENTATIVE

Director of Estates

Regimental No. E.10667 Rank Private

BOUCHER Maurice
Surname Christian Names

Unit Le Regiment de la Chaudiere

Date of death 26 Feb 45 Place of Death Overseas (Western Europea

Casualty Details Killed in Action

Next-of-kin Mr. Oscar Boucher Relationship Father

Address Causapscal, Matapedia Co., Que. for B&V

Will No record of Will in Record Office to date

Date 27 Mar 45

EXCERPT OF M.F.M.5 dated 16 Jan 42

(1) Are you married? NO Children?

Wife's name and address) Names and Ages

(2) Is your father alive? OUI If so, state name and address
Oscar Boucher (Contracteur) Causapscal, Co. Mat. Que.

(3) Is your mother alive? OUI If so, state name and address
Leonie Boucher Causapscal, Que.

(4) Are you insured? NON If so, in what company?

/NJH

ESTATES LIAISON

FORMULE 6

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

N'écrivez pas dans cet espace

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

Rue ..... No. ..... Hôpital ou institution .....

2. SÉJOUR

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

3. NOM DU DÉFUNT — Nom de famille ..... (*Lettres moulées*)

Noms de baptême ou prénoms .....

N'écrivez pas dans cet espace

4. RÉSIDENCE

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

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

Comté municipal ..... Province .....

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

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

10. LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays)

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

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

OCCUPATION

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

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

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

16. Nombre d'années occupées dans cette profession

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

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

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

21. LIEU DE L'ENREGISTREMENT DE CETTE SÉPULTURE

(a) Nom de la paroisse ou église .....

(b) Municipalité civile de .....

(c) Comté municipal .....

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

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL DE DÉCÈS

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

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

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

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

24. CAUSE DU DÉCÈS

I

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

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

II

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

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

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

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

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

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

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

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

Nature de la blessure .....

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

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

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

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

.....

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

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

.....

(For English see other side)

FORM 6

DOMINION BUREAU OF STATISTICS—QUEBEC DEATH TRANSCRIPT

Do not write in this space

1. PLACE OF DEATH

Municipal county: IN THE FIELD (GERMANY)

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

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

3. NAME OF DECEASED

Surname: BOUCHER, (*Block letters*)

Given names: Maurice,

Do not write in this space

4. RESIDENCE

Street: No.:

Official name of civil municipality or township: Causapscal,

Municipal county: Matapedia, 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: December (Month) 29th (Day) 1916. (Year)

12. AGE OF DECEASED

Years	Months	Days	If less than one day old
28			....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: BOUCHER, Oscar.	
MOTHER (Maiden Name):	

19. Place of burial, cremation or removal: Germeny.

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) ....19.... (Year)

CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

22. Date of death: February (Month) 26th (Day) 19 45 (Year)

23. I HEREBY CERTIFY that I attended deceased from

....19.... to....19....

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

24. CAUSE OF DEATH

I

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

due to

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

due to

(c)

II

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

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

(b) Duration of disease....days

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

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

State findings: Was there an autopsy?

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

Accident, suicide or homicide: Date....19....

(State which)

Manner of injury:

(How sustained)

Nature of injury:

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

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

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

OVERSEAS CASUALTY CANADIAN ARMY

MAY 25 1945

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

C. Gauvin L.S.

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

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

(Voir l'autre côté pour le francais)

Director of Records, Dept. of National Defence.

W.R.M. 1 (F.R.)
A/P & S.279

MILICE CANADIENNE

Livre de Solde

ET DE

Service du Soldat

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

LIVRE DE SERVICE DU SOLDAT

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

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

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

INSTRUCTIONS AUX SOLDATS

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

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

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

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

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

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

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

Matricule B-10667.

Nom (en majuscles) BOUCHER.

Prénoms (en entier) Maurice.

Date de naissance 29 Dec 1916.

Lieu de naissance Causapscal Co Matapedia.

Métier ou profession lors de l'enrôlement Journalier.

Nationalité du père à sa naissance Canadien Français

Nationalité de la mère à sa naissance " "

Religion Catholique Romain

Enrôlé à Quebec P.Q.

Date 13 Jan 42.

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

Signature du soldat Maurice Boucher

Signature de l'officier [illegible] Pte Adjt

Endroit In the Field Date 20 May 44

(II) PLUS PROCHE

Tout changement connu ainsi que la date de ce changement doivent être
gnement à l'officier en

NOTE.—Les entrées faites sur ces pages n'ont aucune valeur

Degré de parenté le plus rapproché		Nom	Date
ler	Epouse		
	Enfants		
2e	Père	Oscar Boucher.	20 May 44
	Mère	Rosie (Boucher Gagnon	"
3e	*Frères et soeurs	Hilaire Boucher.	
		Rosaire Boucher.	
4e	Autres parents (mentionner la parenté)	Sylvain Boucher oncle	

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

PARENT VIVANT

dûment notés, et le commandant de l'unité doit transmettre ce renseicharge des archives

légale comme TESTAMENT (voir aux pages 20-23)

Dernière adresse connue au complet

Ste Pascal Co Matane P.Q.

same

same

St Pascal Co Kamouraska

(III) GRADE et EMPLOI

Date	Grade et emploi	Grade définitif, temporaire, intérimaire ou local (avec ou sans solde)	Autorisé par la Partie II des Ordres du jour	Signature de l'officier
12.2.42	Cdt	n/C.		Reid Cadlow Capt

(V) DÉTAILS DE L'INSTRUCTION

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

(VI) COURS DE TIR AVEC ARMES PORTATIVES

Année	Classification	Si le cours de tir n'a pas été complété, spécifier les parties qui ont été exécutées	Signature de l'officier

(VII) QUALITÉS ÉDUCATIONNELLES

Certificat, spécialités, etc.	Endroit	Date	Signature de l'officier
Cours primaire 5e classe	Causapscal	13-1-42	

(VIII) ÉTAT DES MÉTIERS EXERCÉS

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

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

(IX) EMPLOI AU COURS DU SERVICE

Période		Nature de l'emploi	Observations et signature du commandant de la compagnie, etc.
Du	Au		
13-1-42		General Duty.	Pte Wellby Capt
16 Nov 43		Reinforcement Officer.	

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

(X) CLASSIFICATION MÉDICALE

Date	Catégorie ou grade	Examinateur médical des recrues, ou autre autorité médicale	Signature du médecin
14-1-42	H	Medical Board.	
14-1-42		Urine ears eyes teeth	
15-1-42		X Ray Negative.	
22-5-42	H	Med Board.	

(XI) PRESCRIPTION POUR DES VERRES

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

Signature du médecin.....

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

Signature du médecin.....

(XII) DÉTAILS AU SUJET DES FAUSSES DENTS FOURNIES

Détails	Date	Signature du médecin ou du dentiste
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

(XIII) DÉTAILS AU SUJET DES APPAREILS CHIRURGICAUX FOURNIS

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

(XIV) INOCULATIONS PRÉVENTIVES

Nature du vaccin, "T.A.B.", contre le choléra, la peste, etc.	Date	Signature du médecin
T.A.B.T	17-1-42.	
3	23-2-42.	
—	17-3-42.	
T.A.B.T. ½cc	3-5-43.	
Typhus. I	21-12-43.	
Typhus. II	30-12-43.	
Typhus. III	7-1-44.	
T.A.B.T. ½ cc.	19-4-44.	
Typhus. 1 cc.	19-4-44.	
" Recall.	29-9-44.	
" "	2-2-45.	

(XV) VACCINATION

Date de la vaccination	Signature du médecin
14. 3. 42.	
7. 2. 44.	

(XVI) ENTRÉES DIVERSES

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

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

Détails	Date	Signature de l'officier
"M" Tank Regt. Group	21-1-42.	
D" Coy Completed	27-1-42.	
D.M.G. & T.M. Chamber	28-3-42.	
Typhus inoculated C. H.P.	1-3.	
C.H.P. Tank Chamber	6-12-43.	
Hundred L.V.S.M. + wife	15-1-44.	
Blood ° 5 d/29 Jan 44		
Embarcation in France	2 June 44	
Disembarcation France	6 June 44	
D.D.E. 45 to 13 July 44		
P.L.C. 9 days' ens		
M.K. with allowance	5 Jan 45	

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

Détails	Date	Signature de l'officier

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

Détails	Date	Signature de l'officier

(XVII) TESTAMENTS DES SOLDATS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grade Nom Matricule

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

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

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

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

Certificat

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

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

Date de l'extraction du certificat ou du testament.....

A qui envoyé.....

Signature de l'officier.....

Département.....

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

FORMULE ABRÉGÉE DE TESTAMENT

(Rédiger le testament sur la page suivante)

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

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

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

(Signature) GEORGES BERNARD,
Matricule

Daté le 5 août 1936.

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

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

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

Daté le 5 août 1936.

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

TESTAMENT

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

Signature .....

Grade, matricule .....

Date .....