E610803
BOURRET
CONRAD

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

B-630

No E.610803 Rank Private Name BOURRET Conrad

Unit No. 5 District Depot Date of death 6th April 1944

Died at Savard Park Hospital, Quebec, P.Q.

Cause Broncho Pneumonia

Death WAS Due.CPC.d 22-8-44 HQ 869-B-2004 d 12-4-44

N/K Mr. Henri Bourret - Relationship Father

Address R.R.2 Danville, Richmond Co. P.Q.

Remains buried in Ste. Anne de Danville Cemetery

Danville, P.Q.

Grave location Lot No. 341A

CHK

CONTRACTOR'S ROLL FOR THIS SOLDIER'S GRAVE DESPATCHED JUL 3 1945

484888

Deceased

6-4-44

P.D.

RHL

AWARDS—CANADIAN ARMY (ACTIVE) 2006 M

		N.R.M.A.		FILE No. 869-B-2004
BOURRET,	Conrad	E.610803	Sol.	No.5 D.D.
SURNAME (IN BLOCK LETTERS)	CHRISTIAN NAMES	REG. No.	RANK ON DISCHARGE	C.A.S.F. UNIT

WAR SERVICE
BADGE
(CLASS) No. DATE DESPATCHED:

ADDRESS:

CAMPAIGN MEDALS	REGISTRATION NUMBER AND DATE DESPATCHED
War Meda. 39-45.	
	2274 14/10/49

(THE REVERSE TO BE USED FOR ESTATE PURPOSES)

REM. RAND LTD. 100M-5-46 (9181) H.Q. 1772-45-8

KARDEX SYSTEMS DIV. CAT. NO. K. 15332*

MEDALS AND MEMORIALS—DECEASED PERSONNEL

REGISTRATION No. DATE OF DESPATCH

(1) MEDALS

PERSON ENTITLED TO Mr. Henri Bourret,
R. R. No. 2, Danville,
Cte. Richmond, Quebec. Father

ADDRESS

(2) MEMORIAL CROSS

WIDOW Single (MFM 5)t,

ADDRESS

(3) MEMORIAL CROSS

MOTHER Mme. Alvina Bourret (French)

2006

ADDRESS R.R. #2,
DANVILLE, Richmond Co., P.Q.

MEMORIAL BAR
(1)
DATE DESP
REGN. NO 1915

(2)

(3)

DESP. OCT 22 1946
REGN No. 22229

K. 15332*

Form No. 1

Register No. _____ Nominal Roll No. _____

H.Q. File No. 869-B 2004

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
E 410803	PTE	BOURRET	CONRAD

Reason for Termination of Service:

1st Enlistment MED. UNFIT CARO 1029 (10)

2nd Enlistment CARO ( )

3rd Enlistment CARO ( )

TOTAL SERVICE

1st Enlistment	2nd Enlistment	3rd Enlistment
T.O.S. 8 JAN 42	T.O.S.	T.O.S.
S.O.S. 4 FEB 44 MD 5	S.O.S. MD	S.O.S. MD
Total Days 758	Total Days	Total Days

TOTAL SERVICE 758 DAYS

	Total Service	Less Non-qualifying Service	Net Service
WESTERN HEMISPHERE	758	490	268
OVERSEAS SERVICE	N	i	L
Totals	758	490	
Add Non-qualifying Service			490
TOTAL SERVICE			758

EMBARKATION DETAILS:

1. Date S.C.S. Overseas _____

2. Date S.O.S. Overseas _____

REMARKS:

N.R.M.A.
NO SERVICE IN
THE ALUTIAN ISLANDS

Deceased
6 APR 44
or o/s

Computer's Signature Vallée L.C.C.

Checker's Signature L. Wolfe Sgt.

Date Computed 14 Dec 44

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.

DETAILS OF NON-QUALIFYING
SERVICE

WESTERN HEMISPHERE

Forfeits for	from	to	Eff.Date	Days	Total
AGR LEAVE W.OP.	8 SEP 42	10 JAN 44		490	490
				TOTAL	490

OVERSEAS

T.O.S. — T.O.S. T.O.S.

S.O.S. — S.O.S. S.O.S.

			TOTAL	

ESTATES BRANCH
MAY 18 1944
H.Q.
OTTAWA.
NATIONAL DEFENCE

MÉMORANDUM POUR

Monsieur Henri Bourret,
R.R. No. 2,
Danville, Cté Richmond, Qué.

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

L'ADMINISTRATEUR DES SUCCESSIONS,
MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE,
OTTAWA, ONTARIO

et de citer le numéro suivant:

Q.G. 869-B-2004

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE
DIVISION DES SUCCESSIONS
OTTAWA, ONTARIO

le 10 mai 1944

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

BOURRET, Conrad, No. E-610803 (décédé)

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, magistrat de la localité, commissaire ou notaire public, que l'on priera de compléter et signer le certificat. Cette formule doit être ensuite renvoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

La succession militaire d'un défunt, dont l'administration incombe à la division des successions, comprend tout reliquat de solde et d'allocations au crédit du défunt, l'argent en main et les effets personnels qui sont sous le contrôle des autorités militaires. Pour entrer en possession de ces valeurs, il n'est pas nécessaire que les personnes qui y ont légalement droit fassent homologuer le testament en cour ou, si le défunt était intestat, qu'elles obtiennent des lettres d'administration de sa succession.

En plus de voir à l'administration de ces valeurs militaires, l'administrateur des successions est autorisé à retirer, au compte du gouvernement, tous les fonds (jusqu'à concurrence d'un montant défini) déposés au nom du défunt dans les banques, bureaux de poste ou autres institutions financières au Canada et outre-mer, sans frais ni dérangement pour les personnes ayant légalement droit à la succession, et de distribuer cet argent en même temps que tout reliquat de solde. De même, les certificats d'épargne de guerre et les bons de la victoire que possédait le défunt peuvent être rachetés et distribués de la même façon, ou transférés au nom des personnes qui y ont légalement droit. Ces certificats et bons ne doivent pas être envoyés à l'administrateur des successions avant qu'il les demande.

S'il y a d'autres valeurs nécessitant une demande d'homologation du testament ou de lettres d'administration, l'administrateur des successions pourra transférer et remettre les valeurs militaires à l'exécuteur ou à l'administrateur nommé par la Cour, afin que toute la succession, militaire et autre, soit traitée comme un tout.

Les renseignements que vous donnerez aux pages 2 et 3 de cette formule seront donc un facteur qui aidera à déterminer si toute la succession du défunt peut ou non être entièrement distribuée par l'administrateur des successions aux personnes qui y ont légalement droit, c'est-à-dire, sans qu'il soit nécessaire de faire homologuer le testament ou administrer la succession.

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 "observations supplémentaires", à la page 4.

(L.M. Firth) Lt.-Col.,
L'administrateur des successions,

par (O. Godbout) Capitaine.

OG/CGO
M.F.W. 77a
1M-9-43 (2070)
H.Q. 1772-39-972.-K.P.

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.....		non applicable		
2	Enfants du défunt et dates de naissance.....		non applicable		
3	Père du défunt.....		BOURRET Henri A.	54	Danville Que.
4	Mère du défunt.....		Alvina SABOURIN	51	Danville Que.
5	Frères du défunt	Frères germains	Gerald BOURRET BOURRET Roger Russell BOURRET Albert BOURRET ~~Ceci-~~	23 22 22 20	Danville Que. Vancouver B.C. Danville Que. Danville Que.
		Demi-frères			
6	Sœurs du défunt	Sœurs germaines	Cécile BOURRET Madeleine BOURRET Jeannine BOURRET	18 16 14	Asbestos Que. Danville Que. Danville Que.
		Demi-sœurs			
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 André Paul BOURRET décédé a ..... en fevrier 1934	4	Adresse de leurs enfants Danville

RÉPONDRE AU LONG À TOUTES LES QUESTIONS SUR CETTE PAGE

DÉTAILS D'IDENTITÉ

8	Nom et prénoms du défunt.	BOURRET Conrad
9	Date de sa naissance.	23 septembre 1921
10	Lieu et date de son mariage.	célibataire
11	Lieu et date du mariage de ses parents.	St Elie d'Orford, Comté de Sherbrooke fevrier 1919

DÉTAILS DE DOMICILE

12	Lieu où le défunt est né.	Danville Que.
13	Indiquer, par ordre, la province, l'état et/ou le pays où le défunt a résidé avant son engagement, et la durée dans chaque cas.	(a) Né et a toujours demeuré a (b) Danville Que. (c) (d)
14	Nature de son emploi avant son engagement.	Cultivateur
15	Indiquer s'il était propriétaire de la maison où il demeurait. Le cas échéant, à quel endroit?	Demeurait avec ses parents
16	Indiquer le lieu où le défunt entendait vivre d'une façon permanente.	Danville Que.

DÉTAILS DE LA SUCCESSION

17	A-t-il laissé un testament?	Oui
18	Si le défunt était marié et domicilié dans la province de Québec ou dans un état des État-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?	décédé célibataire
19	Avait-il un compte d'épargnes 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.	Non
20	Montant des certificats d'épargne de guerre que possédait le défunt.	Aucun
21	Montant des bons de la victoire que possédait le défunt.	Aucun
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. Décrire les autres valeurs, le cas échéant, et en donner le montant approximatif.	Aucune
23	Est-il nécessaire de faire une demande d'homologation du testament ou de lettres d'administration (voir la page 1)?	Non

AUTRES DÉTAILS

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

(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 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* le père ..... du défunt.

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

..... X Henri A Bourret ..... {Signature du déclarant

..... Danville ..... Adresse

CERTIFICAT

Je, soussigné, certifie que, autant que je sache .....

*Voir plus haut

Henri A. BOURRET ..... {Nom du déclarant

est le/la* père ..... du défunt ci-dessus décrit et je crois que la liste des parents et des détails fournie par le déclarant et la déclaration ci-dessus, signée en ma présence, sont complètes et exactes.

Daté à Danville ce 17me jour de mai 1944

Signature du pasteur, prêtre, magistrat, commissaire ou notaire public. ..... Titre M. C. P. S.

Adresse ..... Danville Que.

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

(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 OBSERVATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

THE CANADIAN PENSION COMMISSION

MEMORANDUM

RG 7-B-2004

To.....Deputy Minister,
Department of National Defence,
From.....The Canadian Pension Commission.....

OTTAWA, August 22, 1944.

(14)

ATTENTION: - Director of Records.

~~Canadian Agency~~
~~Imperial War Graves Commission~~

E-610803 - Pte. Conrad Bourret
D.D. No. 5.

ADDITION ENTERED

~~XXRXX~~.

CENTRAL REGISTRY Army
P SEC.
AUG 26 1944
Estates 26-5
W.09

The marginally named died

at Quebec, P.Q.

on April 6, 1944.

Cause of Death Tuberculous meningitis and tuberculous left pleurisy.

In the opinion of the Commission,

~~death was caused or~~ the disease resulting in death was incurred during service in Canada, but it did not arise out of, nor was it directly connected with military service.

Next of kin

Mr. Henri Bourret (father),
R.R. No. 2, Danville,
Richmond Co., Que.

Noted G.

E. Lachey

EL

for
Canadian Pension Commission.

Died on strength of DP&NH.

A.M.

PRECIS
J.M.A.
20-4-43.

March 29, 1943.

Re: E-610803, Pte. BOURRET, Conrad,
(Presently on leave)
R.R. No.2, Danville, Co.Richmond, P.Q.

The m/n hereby applies for an extension of his leave expiring on May 1st. on the ground that his brother and himself are taking over the second farm owned by his father and bought for them in 1939. As there was a lot of work to be done on it before it could produce properly, they had to wait until this Spring to live on it. It is a 100-acre farm, 50 of which are under cultivation, 25 in woodland comprising a small sugar-bush and 25 in pasture. They have ploughed 25 acres of it and have 5 tons of fertilizer besides manure to spread.

They are going to keep 10 cows, 2 brood sows and 50 hens. As they cannot afford to buy horses, they are going to rent a tractor when needed. They have a car to carry their milk and do errands with between their two farms.

They could not cut all the wood they had promised and have 75 more cords of wood to cut in between farm-work before next Fall.

FEUILLE MÉDICALE DANS LE CAS D'INVALIDITÉ

INSTRUCTIONS AUX MÉDECINS MILITAIRES

REX

DO NOT COPY
DO NOT REMOVE

A. Pour l'emploi de ce modèle, les médecins militaires se guideront d'après les ordres émanant du quartier général de la Défense nationale.

B. Ce modèle peut être employé *pour tous les militaires*, au pays et en dehors du pays, en cas de changement de catégorie (ou de cote) et sera employé pour ceux qui sont en instance de réforme des armées de Sa Majesté.

C. Il faut répondre intégralement à tous les paragraphes.

D. Il faut établir un diagnostic bien défini de toutes maladies ou blessures consignées et l'on doit s'en tenir au "Code nosologique adopté au Canada".

E. Le médecin qui s'occupe du cas est chargé de remplir les pages 1, 2 et 3; le président et les membres de la Commission médicale, la page 4.

STATION Quebec, P. Q. DATE 21-1-44

1. *(a)* Unité D.D.# 5 Active / O.G. 139 / L.M.R.N. / Réserve *(b)* N° matricule E/610803

(Rayer les termes inutiles) *(c)* Grade Pte

(d) BOURRET (Nom en lettres d'imprimerie) *(e)* Conrad (Prénoms)

(f) Adresse domiciliaire Danville Cte Richmond P. Q.

(g) Plus proche parent Henri Bourret *(h)* Degré de parenté Pere

(i) Adresse du plus proche parent Meme que 1 (f)

2. Age au dernier anniversaire 23 Date de naissance 22-9-20

3. Enrôlement ou nomination: *(a)* Lieu Lauzon *(b)* Date 9-1-42

(c) Catégorie ou cote à l'enrôlement ou la nomination "A"

YOB	P	U	L	H	E	M	S

(d) Lorsque inférieure à la catégorie "A" ou la classe I lors de l'enrôlement ou la nomination, indiquer le motif

4. Signalement personnel: *(a)* Taille 5' 4½" *(b)* (i) Poids à l'enrôlement, nu 125

(ii) Poids actuel, nu 114

(c) Teint Clair *(d)* Couleur des cheveux Bruns *(e)* Couleur des yeux Bruns

(f) Marques particulières, cicatrices, etc Nil

5. Métier, profession ou emploi civil antérieur Cultivateur

(b) Emploi militaire

6. Service militaire (Le renseignement devra être puisé, si possible, dans les documents militaires que possède l'intéressé; faute de quoi, il est loisible d'enregistrer la déclaration du militaire et d'en faire mention.)

(a) Durée du service dans la guerre actuelle. Années 2 Mois 0 Jours 12

(b) Périodes de service:

	N° matricule	Unité lors de la libération ou démobilisation	De	A
(1) Campagnes antérieures				
(2) Guerre de 1939—Au Canada	E/610803	D.D.# 5	9-1-42	date
Hors du Canada (lors de l'embarquement)				
Au Canada au retour de l'étranger (lors du débarquement)				

7. Maladies ou blessures actuelles (à remplir, une fois l'examen terminé.)

Cause	Maladies ou blessures actuelles	Lieu d'origine	Date d'origine	N° du code
Infecti.	Pleuresie avec epanchement	Canada	Sept/43	0827
"	Pyodermite	"	Nov/43	1205

M.F.B. 227B
50M-6-43 (759)
Q.G. 1772-39-117

8. Etat actuel:—

(a) Subjectif.....

(Dans les termes mêmes de l'intéressé)

Je me plains surtout de la faiblesse generale Je n'ai pas d'haleine. Je suis essouffle a parler. J'ai eu des douleurs dans le cote gauche de la poitrine et d ns le dos, mais a present, je ne souffre pas.

(b) Exposé de l'infirmité actuelle. (Ce paragraphe doit contenir un exposé détaillé de l'état décrit dans le paragraphe 8 *(a)*. Il faut consigner la date et le lieu du traitement et, si l'origine remonte avant l'enrôlement, il faut indiquer le nom et l'adresse du médecin traitant ou de l'institution où les soins ont été donnés. Il faut veiller particulièrement aux antécédents se rapportant à des blessures contractées durant le service. A-t-on tenu un conseil d'enquête? ou le modèle M.F.M. 371 a-t-il été rempli? On doit énumérer et annexer les copies des feuilles médicales, modèles D.P. & N.H. 100, et les avis des médecins consultants.)

Vers le dix sept./43, il a commence a ressentir des malaises. Croyant a une grippe, il est alle consulter, le Dr. Geo. Letendre de Danville. Il a ete sous ses soins jusqu'au 10-1-44, alors qu'il a du se rapporter aux Cve Flds Brks. A stationne la, avec les autres militaires du 10 au 21-1-44

(c) Exposé des infirmités antérieures.....

Pneumonie vers l'age de 13 ans. A toujours ete sujet aux douleurs rhumatismale dans les jambes par les temps humides. N'a jamais ete robuste. Aucun accident Aucune autre maladie importante.

DÉCLARATION DE L'INVALIDE

9. (Les paragraphes 8 *(a)*, *(b)* et *(c)* seront lus au militaire et l'on biffera soit les mots "en suis satisfait" soit les mots "n'en suis pas satisfait".)

Je, soussigné, Conrad Bourret .....ayant entendu la lecture du contenu des paragraphes 8 *(a)*, *(b)* et *(c)*, en suis satisfait (n'en suis pas satisfait). (Lorsque dissatisfait, la déclaration doit suivre).

Je me plains en outre de Rien .....

.....

F/Lt Capt RCAMC — Conrad Bourret .....Grade

J.E. Roy Capt. RCAMC/CA (Grade de l'officier examinateur) — Conrad Bourret (Signature complète du militaire)

Date 21-1-44 .....

10. Etat actuel. (Avant de rédiger ce paragraphe, il faut faire déshabiller complètement le militaire et le soumettre à un examen minutieux. Toutes les défectuosités, quelque insignifiantes qu'elles soient, doivent être consignées. On se procurera, au besoin, des rapports de spécialistes, si ceux-ci ne sont pas compris dans 8, (b), pour être sûr d'avoir un diagnostic précis. Il faut prendre la tension artérielle dans chaque cas.)

Aspect general d'un malade, de constitution plutot faible, intelligent et bon caractere.

P- Peau: Pyodermite sur les deux jambes et les pieds, les fesses, les bras, et un peu sur les epaules. Quelque cicatrices de teinte cafe, sequelles de les ons gueries. Abdomen: Palper negatif. Pas de hernie, pas d'hemorroides. Coeur: T.A. 118/90 Auscultation negative. Poumons: Matite absolue base gauche absence de vibrations, absence de respiration, un peu de respiration au sommet. Poumonx droit, rudesse de compensation, sans autre anomalie. Voir M.F.B.1478 du 13-1-44. Bouche et nez: Examen negatif.

U- Musculature faible. Articulations libres.

L- Musculature faible. Articulations libres.

H- C.V. 20 D & G. Examen negatif.

E- 20-20 20-20

M- Parait intelligent.

S- Reflexes normaux. Stable.

YOB	P	U	L	H	E	M	S
20	5	1	1	1	1	1	1

11. Les maladies ou blessures ont-elles été causées ou aggravées:

(a) Par l'intempérance ou la mauvaise conduite non

(b) par le refus déraisonnable de se soumettre à un traitement non

12. Quelle sera la durée probable des maladies ou blessures? indeterminee

13. Est-ce qu'un traitement additionnel dans un hôpital, une maison de convalescence, etc., serait susceptible d'avoir de bons effets? oui

(Si la réponse est "affirmative", indiquer la nature du traitement exigé et sa durée probable)

14. La reprise du métier, de la profession ou de l'emploi civil antérieur est-elle possible?

(Sinon, indiquer brièvement pourquoi)

non

15. Propositions S.M.B.

Date 21-1444

J. F. Roy Capt. S.S.A.R.C.

Médecin militaire qui a présenté le cas.

16. *(a)* La Commission approuve-t-elle le rapport qui précède? Sinon, indiquer les avis contraires en les motivant.....

.....

.....

Nous approuvons et le referons au D.P.N.H.

.....

.....

.....

.....

(b) Diagnostic définitif avec le numéro du code (s'il diffère du paragraphe 7).....

.....

.....

(c) Catégorie ou cote P-5 R.O. 1029-10 & 3151

YOB	P	U	L	H	E	M	S
20	5	1	1	1	1	1	1

17. Proposition de la Commission médicale:

(a) A effectivement besoin d'un traitement (indiquer la nature du traitement nécessaire et sa durée probable).

Cure, traitement des pleuresies a gros epanchement.

.....

(b) N'a pas besoin de traitement.

J.F.Roy Capt. ..... S.S.A.R.C., Président.

Lieu Quebec, P. Q. ..... M. Thivierge Capt. ..... S.S.A.R.C.

Date 21-1-44 ..... D. Simard Pte. ..... S.S.A.R.C. } Membres

A REMPLIR EN CAS DE REFUS DE TRAITEMENT

18. Je, soussigné,.....comprends la nature du traitement recommandé et je refuse de m'y soumettre pour les raisons suivantes.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Témoin.....Signé.....

(Si le refus de traitement paraît déraisonnable ou si le militaire refuse de signer la déclaration, la Commission doit en faire mention.)

CERTIFIED TRUE COPY OF ORIGINAL PROCEEDINGS

By C.A. Kirouac Major No 5 Coy RCAMC/CA

.....

Lieu..... ..... S.S.A.R.C., Président.

Date JAN 31 1944 ..... S.S.A.R.C. } Membres.

.....S.S.A.R.C.

---

19. APPROUVÉ PAR C.A. Kirouac

(C.A.KIROUAC) Major RCAMC/CA

.....

for D.G.M.S. ~~D.A.D.M.S. Western Command~~

Date.....

JAN 31 1944

CONFIRMÉ PAR
(s'il y a lieu)

.....

D.G.S.S. ou D.S.S. (Air)

Date.....

ROYAL DEFENCE FORCE

~~TROUPES CANADIENNES DE CAMPAGNE~~

M.F.M. 7 (Fr.)
100M—8-39 (1704)
H.Q. 1772-45-18

CERTIFICAT DE LIBÉRATION

Les présentes certifient que BOURRET Conrad
(nom en entier)

matricule E-61080 grade Soldat

s'enrôla dans M.R.M.A. de 1941

~~TROUPES CANADIENNES DE CAMPAGNE,~~ à Lauzon, le 9 Juin

jour de janvier 19 42

Il servit avec M.R.M.A. de 1941 au Canada.

et est maintenant libéré du service pour cause de R.O. 1029-10 de 1941 Impotence
physique au service militaire d'après les reglements en vigueur.

SUIT LA DESCRIPTION DE CE SOLDAT à la DATE ci-après mentionnée:—

Age 23 4/12

Taille 5' 4½"

Teint Clair

Yeux Bruns

Cheveux Bruns

Marques ou cicatrices Aucune

Conrad Bourret
Signature du soldat

Date de la libération

District Depot M. D. 5
RECORD OFFICE
FEB 4 1944

Officier qui délivre le certificat

LIEUTENANT COLONEL
Grade

Date 4 Février 44

N.B.—Comme il n'est pas délivré de duplicata de ce certificat, quiconque trouve ce document est prié de le transmettre sous pli non affranchi au Bureau des Archives, ministère de la Défense Nationale, Ottawa, Canada.

DUPLICATA POUR DOSSIER.

(T.S.V.P.)

1.—Il faut avoir ce certificat sur soi lorsqu'on porte l'uniforme.

2.—On ne peut porter l'uniforme qu'au cours des trente (30) jours qui suivent la libération, ou lorsqu'une autorisation par écrit est accordée à cet effet.

3.—Le port de l'uniforme astreint celui qui le porte à la discipline militaire ordinaire tout comme s'il faisait partie de l'effectif d'une unité.

CANCELLED

M.F.M. 105
150M—11-41 (2341)
H.Q. 1772-39-1797

REINFORCEMENT
TRAINING RECORD

Regt'l No. E-610803 Name BOURRET C.

Unit NRMA Clearing Depot No.5 Rank Pte

No. of weeks' training completed. 8

General standard attained. average

(a) Military efficiency. Good (b) Conduct Good

(c) Leadership Fair (d) Rifle Range Course (A, B or C)

(e) Other remarks prospective N. recruits

P.E.Dumas
(P.E.DUMAS)
Rank Capt.
O.C.-"B" Coy.

Basic Training Centre No. 53 Lauzon

No. of weeks' training completed. 8

General standard attained.

(a) Military efficiency Good (b) Conduct Good

(c) Leadership Fair

(d) Other remarks

Rank

Advanced Training Centre No. A-13

QUALIFICATION

BASIC T.C.

Subject	Date		Initials Coy. Comdr.	Subject	Date		Initials Coy. Comdr.
Drill	3-3-42	Q	PED	S.A.T., L.M.G.	7-3-42	Q	PED
Physical Training	3-3-42	Q	PED	P.A.G., T.O.E.T.	13-2-42	Q	PED
First Aid	3-3-42	Q	PED	P.A.G. Gas Chbr. Test	6-3-42	C	PED
Marching	3-3-42	Q	PED	Fieldcraft	7-3-42	Q	PED
Rifle, T.O.E.T.	3-3-42	Q	PED	Map Reading	7-3-42	C	PED
S.A.T. A.Tk. Rifle (Boys)	24-2-42	Q	PED	Fundamental Trng.	2-3-42	Q	PED
S.A.T. A.A. (Rifle & L.M.G.)	7-3-42	C	PED	P.A.D.	28-2-42	C	PED
S.A.T. Pistol	7-3-42	C	PED	Army Wrestling	28-2-42	C	PED
Bayonet Fighting	7-3-42	Q	PED				

ADVANCED T.C.

Subject	Date	Standard reached	Initials Coy. Comdr.	Subject	Date	Standard reached	Initials Coy. Comdr.
Drill	29/4/42	A	H.L.				
Physical Training	"	A	H.L.				
Marching	"	A	H.L.	Field Craft	29/4/42	A	H.L.
Map Reading	"	C	H.L.	Field Training	"	A	H.L.
Fundamental Training	"	A	H.L.	Field Engineering	"	A	H.L.
Protection against Gas	1/4/42	Q		Digging and Wiring	"	A	H.L.
P.A.D.	29/4/42	A	H.L.	Cooking in the Field	"	C	H.L.
Bayonet Fighting	"	A	H.L.	Driver M/C			
Rifle, T.O.E.T.	30/3/42	Q		Driver I/C			
" " Classification 52/85	31/3/42	Q		Driver Tractor			
L.M.G. T.O.E.T.	10/4/42	A	H.L.	Driver Tank			
" " Classification 45/110	7/5/42	A	H.L.	Driver Bren Carrier			
S.A.T. Anti-Aircraft	29/4/42	A	H.L.	Signals V.T.			
A.Tk. Rifle T.O.E.T.	"	A	H.L.	Signals W.T.			
M.M.G., T.O.E.D.D. & I.				Signals R.T.			
" " Classification				Cooking			
Mortars 2" T.O.E.T.	29/4/42	C	H.L.	Clerk-Typing			
" " Practices				Clerk-Shorthand			
Mortars 3" T.O.E.M.D.				Trades			
" " Practices							
V.T.J.D. & F.O.	29/4/42	C	H.L.	Courses Taken			
J.D. Test	"	C	H.L.	Other Qualification			
Range Finding T.O.E.T.							
Range Takers Test							
Grenade, Rifle							
Grenade, Hand	10/4/42	A	H.L.				

T.O.E.T. Date completed to be shown.
Signal Classification and date to be shown.
Standard Reached Where no regulation Standard is given in manuals, the following will be used:—
A—Above average—Q—Qualified.
C—Requires further training to bring up to Q.
Classification To show Standard and date—if not classified Last Practice fired to be shown.

039-B-3712

To be made out in duplicate

M.F.M. 110
200M—2-41 (9404)
H.Q. 1772-39-1800

PARTICULARS OF FAMILY OF A RECRUIT ON REPORTING FOR TRAINING UNDER THE NATIONAL RESOURCES MOBILIZATION ACT, 1940

INSTRUCTIONS.

(*a*) This form is to be completed immediately a recruit reports for training at a Basic Training Centre.

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

(*c*) Both copies of the form are to be forwarded by the Officer Commanding the training centre for each recruit, to the Paymaster. The latter will transmit one copy, through the District, 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 training centre; when transferred to another training centre the copy retained by the Paymaster will be sent to the Paymaster of the individual's new training centre.

---

(1) Name BOURRET CONRAD
(Surname first—Christian names in full—Block capitals)

(2) Regimental Number and Rank F-110803

(3) Basic Training Centre T.C. 53

(4) Are you married? NON

(5) If married, state,

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

NIL

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

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

NIL

(7) Are you a widower? NON

(8) Have you any children? N.A. Number of boys N.A. Girls N.A.

Names and ages N.A.

NIL

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

NIL

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

Name N.A.

Postal Address N.A.

NIL

[SEE OTHER SIDE]

(10) Have you a common-law wife—whom you have been regularly supporting and publicly representing as your wife for at least 2 years immediately prior to enlistment? NON

If so, state her full name and Postal Address N.A.

NIL

NIL

(11) Is your father alive? OUI

If so, state name and address, occupation HENRI BOURRET

DANVILLE - Co. QUEBEC CULTIVATEUR

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

(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 enlistment N. A.

NIL

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

(14) Is your mother alive? OUI

If so, state name and address MDE ALVINA BOURRET

DANVILLE Co. QUEBEC

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

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

NIL

(18) Are you insured? NON

If so, in what Company? N. A.

(Give number of policy)

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

Conrad Bourret
(Signature of recruit)

Date 9 JANVIER 1942

Officer Commanding J. N. TURGEON) Lt-Col.
O.C. C.A.B.T.C. No 53

Date

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

11e APPEL

A 1

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: F-45,545

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

DIVISION F, QUEBEC,
Reçu le 30-9-41,

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 ..... BOURRET (Nom de famille) ..... Conrad (Prénoms)
(Ecrire en lettres moulées)

Lieu de naissance ..... Danville (Ville, cité ou village) ..... Province canadienne (ou autre pays) ..... Québec ..... Date de naissance ..... 22 sept. 1920

Résidence fixe ..... Danville (Numéro et rue) ..... Poste Asbestos au soin d'Oliva Cyr, (Bureau de poste ou itinéraire de facteur rural) ..... Québec. (Province)
(Ville ou village)

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? ..... non .....
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 ..... Si oui, de quelle
(Oui ou non)
source? .....

Localité ..... Danville (Ville, cité ou village) ..... Province ..... Québec ..... Date ..... 27 septembre 1941

Signé:

..... Conrad Bourret. .....

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) .....

.....

.....

Examen somatique (sur la peau nue)

1. Taille ..... 5 ..... pieds; ..... 4½ ..... pouces. 2. Poids ..... 126 ..... livres.
3. Teint ..... clair ..... Couleur des yeux ..... bruns ..... 4. Constitution ..... moyenne ..... {Vigoureuse / Moyenne / ~~Débile~~ --} Biffer mentions inutiles.
   Couleur des cheveux ..... bruns
5. Périmètre thoracique à l'ampliation maxima ..... 36 ..... pouces.
   Étendue de l'ampliation ..... 2 ..... pouces.
6. (*a*) Acuité visuelle sans verres correcteurs: Œil droit ..... 15/20 20/40 ..... Œil gauche ..... 15/40 20/80 .....
   (*b*) Si le sujet porte des verres, acuité visuelle avec verres correcteurs: Œil droit ..... 15/20 20/20 .....
   Œil gauche ..... 15/30 20/40 .....
7. Acuité auditive: Oreille droite ..... V.P. 15 ..... Oreille gauche ..... V.P. 15 .....
8. Bouche et dents ..... Amygdalite chronique. - 2 dents cariées - 3 d'enlevés.
   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

Catégorie approuvée Dr. R.R. DIV. "F".

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

Signé:
Signature ..... Dr. N.G. Letendre M.D. .....
(Médecin examinateur)
Adresse ..... Danville, P.Q. .....
Date ..... 27 septembre 1941 .....

Catégorie approuvée Dr R.R., Div. "F".

Copie certifée conforme à l'original.

(Important — Voir au verso)

2/- **N.W.S. Formule N° 1A-FR**

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: —

5' 4¼" 125 lbs
A 1

W. Tremblay

Signature H. Tremblay Capt RCAMC
Médecin militaire du Centre d'instruction militaire

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

Nom ou numéro du centre d'instruction C.A.B.T.C. No 53, Lauzon P.Q.

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

DUPLICATE

LOI DE LA MILICE

LOI DE MOBILISATION DES RESSOURCES NATIONALES, 1940

PERSONNEL DE LA L.M.R.N.

FORMULE D'ENRÔLEMENT

N° de série de l'avis d'appel L.M.R.N. F- 45,545. Matricule E-610803

1. Pris à l'effectif du dépôt central de la L.M.R.N. N° 5.
2. Nom (Majuscules d'imprimerie) BOURRET
3. Prénoms en entier CONRAD.
4. Adresse actuelle DANVILLE CTE. RICHMOND WOLFE.
5. Lieu de naissance DANVILLE (Pays) CTE. RICHMOND (Comté ou province) WOLFE. (Ville ou canton)
6. Date de naissance 22 septembre 1920 7. Confession religieuse CATHOLIQUE ROMAINE.
8. Signalement: Taille 5'11½" Poids 125 Yeux Bruns. Cheveux Brun.
   Teint Clair. Marques particulières Nil.
9. Marié, célibataire, veuf? CELIBATAIRE.
10. Plus proche parent HENRI BOURRET (Nom) Degré de parenté PERE.
    DANVILLE CTE. RICHMOND WOLFE. (Adresse)
11. Profession ou emploi EMPLOYE JOHN MANVILLE.
12. Service naval, militaire ou aérien antérieur NIL. (Indiquer les unités et les dates de service)
    NIL.
13. Préférence pour la Marine? NIL. Pour l'armée de terre? OUI. (Arme)
    Pour l'Aviation? NIL.
14. Emploi dans une industrie de guerre, le cas échéant NIL.

Conrad Bourret
(Signature de la recrue)

P.E. Gagnon Lieut
(Signature et grade de l'officier enrôleur)

JANVIER. LE 9 1942.
(Date de la signature)

RENSEIGNEMENTS DU CENTRE D'INSTRUCTION

A. Versé au C.I. élémentaire N° 53. à Lewon. Date 9-1-42.

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

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

B. Versé au C.I. supérieure N° ..... à A.T.T.C. A-13 VALCARTIER CAMP, P. Q. Date MAR 12 1942

A accompli 60 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 .....

A1

ÉTAT DE SERVICE de BOURRET. (Nom) CONRAD. (Prénoms) N° matricule E 610803

APTITUDES

1. Navales, militaires ou aériennes: NIL.
2. Commerciales ou professionnelles: NIL.
3. Civiles ou de métier: NIL.
4. Techniques: NIL.
5. Langue maternelle: FRANCAIS & ANGLAIS. Quelles autres langues parlez-vous? OUI. Lisez-vous et écrivez-vous? OUI. Savez-vous conduire une automobile? OUI.
   Savez-vous réparer un moteur? NIL. Expérience culinaire? NIL. Passe-temps favori? LE PATIN . LE POOL.

DEGRÉ D'INSTRUCTION

6. École secondaire ou Académie: 10 ième année. (Années achevées) Graduation ou immatriculation: NIL. (Spécifier)
7. *Collège: ECOLE NORMALE ST. JEAN D'IBERVILLE .
8. *Université: NIL.

(*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 Date	Rapport Reçu de	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 N°, Partie II, Ordres du jour. Liste des morts et blessés, etc.	Autorisation Daté le
		PASSE du dépôt central de la L.M.R.N. N°						
9-1-42.	T.C. 53.	A/T. TO T. C. 53. FOR ALL PURPOSES.	PTE.	8-1-42.	NRMA.	LAUZON.	D.O. No 4	12-1-42
3-2-42	do	Admitted to Lauzon Military Hospital.	do	4-2-42	TC 53	do	D.O. No. 28	5-2-42
		Attached for all purposes to A(I)TC A 13	"	12-3-42	A-13	Valcartier	" No62	13-3-42
		SOS R, RECRUIT		MAY 9 1942	A.I.T.C. A-13 / VALCARTIER CAMP. P.Q.		113	13/5/42
		TOS HOME DEFENCE		MAY 10 1942	〃	〃	113	13/5/42
		CEASES TO BE ATTACHED TO A.I.T.C. A-13 ON TRANSFER TO: R. de Québec		MAY 13 1942	〃	〃	113	13/5/42
		F.O.S. to Regiment Quebec	〃	14-5-42	R de Q.	Quebec	3	14-5-42
		S.O.S. sur transfert au D.D. Quebec	"	24-8-42	R.de Q	Valc.	" 42	24-8-42
		S.O.S. sur Transfert au T.O.S.D.D.5on tranf.from Rgt.de Quebec	Pte	25-8-42	D.D.5	Quebec	D.O. 210	5-9-42
		Granted Agric.leave from 8-9-42 to 31-10-42	"	8-9-42	"	"	" 215	9-9-42
		Extension of Post'nt 1-12-42 to 30-12-42 AUTH: C/39-B-3712 d-9-12-42	"	1-12-42	"	"	295	11-12-42
		Post. (agriculture leave) Granted A/L under the provisions of R.O.1935 (7) for	"	9-9-42	"	"	215	9-9-42

Page 2

		Extension of Post'nt 1-12-42 to 30-12-42 AUTH: Q 39-B-3712 d-9-12-42	"	1-12-42	"	"	295	11-12-42
		Post. (agriculture leave) Granted A/L under the provisions of R.O.1935 (7) for period set opposit their name.	"	9-9-42	"	"	215	9-9-42
		Granted Extens. Post. from 1-11-42 to 30-11-42 Auth;Q 39-B-3712 D.D/6-11-42	"	6-11-42	"	"	275	13-1142
		Granted extension of Post. W.E.F.1-1-43 to 1-5-43 AUTH:Q:39-B-3712 D/8-1-43	"	1-1-43	"	"	D. O. 7	9-1-43
		D.O. should read 31-12-42 inst. of 1-1-43	"		"	"	D.O. 27	2-2-43
		Extens.Post'nt wef. 2-5-43 to 1-8-43 Autho.Q;39-B-3712 (F)D/27-4-43	"	2-5-43	5 DD	ueb ec	D.O. 100	28-4-43
		Ext. Post'nt 2-8-43 to 30-9-43	"	2-8-43	"	"	" 172	21-7-43
		Extens. Post'nt 1-10-43 to 31-10-43	"	1-10-43	5 D.D.	LAUZON	D.O. 218	13-9-43
		Post'nt 1-11-43 to 29-11-43	-	1-11-43	-	-	244	13-10-43 A
		Awl since 0800 30-11-43	-	30-11-43	-	-	- 287	2-12-43 P
		DO 287 AWL is cancelled	-		-	-	299	16-12-43
		Post'nt until further instruction AUTH: Q 39 B 3712 F	-		-	-	299	16-12-43
		Ext.Post'nt wef. 1-12-43 to 10-1-44	"	1-12-43	"	"	304	22-12-43
		Post'nt return 0800 10-1-44	"	10-1-44	"	"	87	11-1-44
		SOS C4A on being disch under PO 1029(10)	"	4-2-44	"	"	34	10-2-44
		Granted $65.00 civ. cloth allow.	"	4-2-44	"	"	34	10-2-44
		Awarded reha grant	"	4-2-44	"	"	34	10-2-44
		Placed under DP & NH control wef	"	4-2-44	"	"	34	10-2-44
		ADDRESS: DANVILLE CO RICHMOND PQ.						

N° matricule E-610803 Grade -te Nom BOURRET Prénoms Conrad

VACCINATIONS, INOCULATIONS, COMMISSIONS, RECLASSIFICATION DE LA CATÉGORIE MÉDICALE

Date	Détails succints et signature	Date	Détails succincts et signature	Date	Détails succincts et signature
9-1-42	CATEGORIE "A1" R Bourget	12-1-42	VACCINATION R Bourget	14/8/42	[illegible]
9-1-42	URINES - NORMAL R Bourget	12-1-42	T.A.B. 3 R Bourget	SS 637 15-8-42	DISCHARGE FILM X-RAY CHEST - NEGATIVE
SS/48	X-RAY CHEST - NEGATIVE JAN 14 1942	31-1-42	H Trumbnyer		[illegible]
	L Lavallee capt [illegible]	25-2-42	H Trumbnyer		YOB PULHEMS 20 5 1 1 1 1 1

MFB 227-21-1-44 Roy Capt [illegible]

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. 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
										P.S-23 22-1-44 DISCHARGE FILM X-RAY CHEST - POSITIVE	[illegible]

Page 4