

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

LOI DE LA MILICE

LOI DE MOBILISATION DES RESSOURCES NATIONALES, 1940

DUPLICATE

PERSONNEL DE LA L.M.R.N.

D	UPLICATE	FORM	ULE D'I	ENRÔLE	CMENT		
	série de l'avis d'app	ol T M D N	F-66885			E-526022	
N° de	série de l'avis d'appr ris à l'effectif du dép	Jer L.M.n.	lo T. M.R.N. Nº	DISTRICT			
1. Pi	ris à l'effectif du dép	oot central de	THE TOTAL TOTAL				
	om (Majuscules d'in		IOUIS P	HTLIPPE			
	rénoms en entier			atherine.	Gte.Charle	rolz-Gaguena	E P
2	dresse actuelle			000000		-Ste-Catheri	
5. L	ieu de naissance		(Pays)	(Comté d	ou province)	(Ville ou canton)	
6. I	ate de naissance				religieuse	OLIGIE ROMAT	13.00
8. S	signalement: Taille	5* 62" P	oids	Yeux		veuxlatin	
n	Coint	late	Marqu	es particulières	cio. operei	001370.	
0 7	A : (- 41:1b a taina 770	out? CHLI	BATTE				
10 I		of the second state of the second	· 学校学的特殊的	Dogra	de parenté		
10. 1	Bala-St	0~00th023	De Cite	發卷 约斯斯斯軍事	TOLENSON	7.4	
		AN 1997 AN	AR TOP LOSS.	(Adresse)			
	Profession ou emploi						
12. 8	Service naval, milita	ire ou aérien a	anterieur	(Indiquer le	s unités et les dates de servic	e)	
			The second secon		de terrior		
	Préférence pour la N	ARTICLE STATE OF THE PARTY OF T	The state of the s	Pour l'armee	de terre!	(Arme)	
	Pour l'Aviation?		CASS.				
14.	Emploi dans une inc	dustrie de gue	rre, le cas échéa	nt			
	(Signature de l	a recrue)				
				(Sign	nature et grade de	l'officier enrôleur)	
	12 Lenu	a autra	194	(,~-8-			
		(Date de la					
===			TENTING DIT	CENTRE D'I	NSTRUCTION		
		RENSEIGI	VEMENTS DO	CIETA LIVE D			
					Date		
	Versé au C.I. éléme	44.4	a	ionna d'inatru	ction élémentaire.		
	A accompli			Jours a msu a	Colon Cicinonical		
			(Date, signature et gra	de de l'officier enregistr	eur)		
В.	Versé au C.I. supér	ieure N°	à		Date		
	A accompli		jours d'instru	ction supérieure		4 4 2	
	A accompil	oositives	Devienn	ent manifestes?		atentes!	
	Est passé dans				Date		
			83.				
	Catégorie médicale	à l'acceptatio	n au centre d'ir	struction éléme	entaire	Pol. 65.	
THE U.	Caucguite Incure		A CONTRACT TO SE				

ET	TAT DE SERV	TICE de Louis-I	hilippe				N° matricule	86088
		(Nom)			(Prénoms)			
		APTITUDES			D	EGRÉ D'INSTRU	CTION	
1. Navales,	militaires ou ac	ériennes	6. Écol	e secondaire			Graduation	
2. Commercial	ciales ou profess	sionnelles	Ac:	ou adémie	(Années a	chevées)	immatriculation	(Spécifier)
3. Civiles o	u de métier			lège colo	Rurale	Beto	Ste-Catherine	
4. Techniqu	ues						nnées ou cours complétés et les diplôn	
5. Langue	maternelle		Ticoz wow	a at Sariyan wa	(*Mentionner le non	n de l'institution, les a	nnées ou cours complétés et les diplôn	nes obtenus)
		moteur? Expérience					vori?	
Toutes	les recrues de la	L.M.R.N. sont prises somme simples soldats, les n	ominations et les promotions	à un grade su	périeur devant	être indiquées	dans l'espace réservé ci-	dessous à cette fin.
R	Rapport	État des promotions, abaissements de grade, mutations, maladies ou bless à compter du passage dans une unité constituée	sures, rapports, etc Grade indiqué	Prenant date le	Unité	Endroit	Autorisa	tion
Date	Reçu de						N°, Partie II, Ordres du jour. List morts et blessés, etc.	e des Daté le
		PASSE du dépôt central de la L.M.R.N. N°						
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		erores as process as linearing of	The state of the s					
		and placed in Medical Cat. Bel	Pto	12-5-42	5.5.5	Stapp ac	242	10-0-42
		S.O.S. D.D.S having diceased a	t otherwoods vo					
		de Montmogency on 17-6-42		17-0-45	2 100		00.	
								••••••
					.:			

VACCINATIONS, INOCULATIONS. COMMISSIONS, RECLASSIFICATION DE LA CATÉGORIE MÉDICALE 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 du médecin MALADIE d'arrivée appareils chirurgicaux fournis. à la garnison

frather to see !

THE THE PARTY OF THE PARTY OF THE PROPERTY OF THE PARTY O

VERIFICATION FORM WAR SERVICE MEDALS 1939-45

No. E-626022 Name Sufour	Louis Philippe
Rank on Discharge	te of Discharge / Mune 12 Deceased
Authority for Discharge or Retirement	Deceased
Served in:	Non-qualifying service
Canada from /2 June 12 to	2 C. M. 421
Canada from 2 fune 12 to Seid - cause unk to	koure).
United from to	
Kingdom from to	
Italy from to	
Northwest	
Europe from to	
fromto	
fromto	
Eligible for award of:	
1939 - 45 Star	
Italy Star	
France-Germany Star	
Defence Medal	
War Medal //	
. Canadian Volunteer Service Medal	
with Class	
	Verified by Georgette Patrice
NRD	Date 6/hilyso All
	Carded

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

de l'h	RTANT—MÉDECIN EXAMINATEUR: z ici le numéro d'ordre de l'avis d'appel omme examiné. VISION "F" QUEEZC	Les registraires de division utiliseront ces formules pour dresser les copies de l'original de la formule d'exa- men médical et de certificat.
PREMIÈRE PARTIE	qu 10 7 mai 1942	
Nom et prénoms(Ecrire en lettres moulées)	DUFOUR	Louis-Philippe
(Ecrire en lettres moulées) Lieu de naissance.	(Nom de famille) Province canadienne	Date de naissance Date de naissance
(Ville, cité ou village)	hou autre pays) que nay que	Date de naissance
residence fixe		ou village) (Province)
Répondre aux questions suivantes	par "oui" ou par "non".	
Avez-vous déjà souffert de l'une que	TO THE RESIDENCE OF THE PARTY O	
Rhumatisme?Tuberculose		
Maladie du rein ou de la rie?	Maladie de l'estomac ou des	intestins? Hernie? non
Varices?Maladie de p	ieds?Maladie du nez?	non des oreilles? des
		nentale?Syphilis?
Gonorrhée?Avez-vous d	éjà porté des verres?Vo	ous a-t-on déjà rejeté comme inapte au
service militaire?Touchez	vous une indemnité ou une pension	d'invalidité?Si oui, de quelle
source?		(Oui ou non)
	Province Qué.	Date 4 mai 1942
(Ville, cité ou village)	Signé:	Louis-Philippe DUFOUR
I ?homme orominé doit ciemen ici		
L'homme examiné doit signer ici	the state of the s	
DEUXIÈME PARTIE	a no mions air male and believing our more	HE DESIGN OF STREET WITH THE PARTY OF THE PARTY.
Observations du médecin examin	ateur. (Anamnèse claire et concise	e de toute maladie ou affection déclarée
ci-dessus)		
Appe	endicectomie.	
Examen somatique (sur la peau nue		
	pouces. 2. Poids	1 Vigoureusei o %
	yeux4. Constitution	Moyenne Moyenne
Couleur des	cheveuxchatains	(Debile) m H.H
5. Périmètre thoracique à l'amplia	ation maximapouc	es.
Étendue	le l'ampliationpouc	es.
6. (a) Acuité visuelle sans verres d	orrecteurs: Œil droit20/30	Œil gauche
(b) Si le sujet porte des verres,	acuité visuelle avec verres correcteu	urs: Œil droit
Œil gauche		
7. Acuité auditive: Oreille droite	V. P. 20 Oreille	0.70. 201
		e gauche
8. Bouche et dents		
Indiquer la nature et l'emplace	ment de toutes dents artificielles	
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol	
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol	ogique, qui le range dans une catégorie
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, o	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, o	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natu	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, o	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natu	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, o TROISIÈME PARTIE CATEGO	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natur et la provent de la près les instructions relative	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, d TROISIÈME PARTIE Après avoir examiné le sujet pr médical des recrues, je le certifie apr Catégorie "A"	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natur écité, d'après les instructions relative te à être rangé dans la catégorie sui Signé:	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, d TROISIÈME PARTIE Après avoir examiné le sujet pr médical des recrues, je le certifie apr Catégorie "A" "BI"	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natur écité, d'après les instructions relative te à être rangé dans la catégorie sui Signé: Signature	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, d TROISIÈME PARTIE Après avoir examiné le sujet pr médical des recrues, je le certifie apr Catégorie "A"	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natur écité, d'après les instructions relative te à être rangé dans la catégorie sui Signé: Signature	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, o TROISIÈME PARTIE Après avoir examiné le sujet pr médical des recrues, je le certifie apr Catégorie "A" "BI" "BI" "CI" "CI" "CI"	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natur écité, d'après les instructions relative te à être rangé dans la catégorie sui Signé: Signature	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, o TROISIÈME PARTIE Après avoir examiné le sujet pr médical des recrues, je le certifie ap Catégorie "A" "BI" "BI" "CI" "CI" "CI" "CI" "CI" "CI" "CI"	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natur écité, d'après les instructions relative te à être rangé dans la catégorie sui Signé: Signature	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité
Indiquer la nature et l'emplace 9. Si le sujet est atteint de quelq inférieure à "A", désigner ici, o TROISIÈME PARTIE Après avoir examiné le sujet pr médical des recrues, je le certifie ap Catégorie "A" "BI" "BI" "CI" "CI" "CI" "CI" "CI" "CI" "CI"	ment de toutes dents artificielles ue invalidité, congénitale ou pathol clairement et laconiquement, la natur écité, d'après les instructions relative te à être rangé dans la catégorie sui Signé: Signature	ogique, qui le range dans une catégorie re de ladite invalidité. DIV. es aux aptitudes physiques et à l'examen vante: Ind Guite Médecin examinateur) louisac Opie certifée conforme à

The Administrator of Estates. DUFOUR Louis Philippe Surname Christian Names Unit......No.5 District Depot Date of Death ... 17-6-42 Place of Death .. Gregoire de Montmorancy, P.Q. Next-of-kin....Mr. Cyrias Dufour......Relationship...... Rather. Address Baie Ste-Catherine, Cte. de Charlevoix-Saguenay, Quebec. M.F.M.5. No record of M.F.M. 5 in Record Office to date. Will No record of Will in Record Office to date. Date......August 27th, 1943. HMG/MMD (W.E.L. Coleman) Colonel,

Director of Records,

for Adjutant-General.

THE CANADIAN PENSION COMMISSION



MEMORANDUM

ToPension Medical Examiner, QUEBEC	Ottawa, November 30, 1943.
FromHead Office	

E-626022 Pte. DUFOUR, Louis P.

P. & N. H. 506-L

The Department of National Defence, Army, officially reports that the marginally named was reported - "Died,

on the June 17th, 1942 on service in Canada."

No decision has been issued under Section 11-2.

His next of kin is reported as - Father -

Mr. Cyrias Dufour, Baie-Ste-Catherine, Cte. de Charlevoix-Saguenay, Quebec.

The Addressograph Stencil shows payment of Assigned Pay of

\$ Nil

a month to -

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

/LR

for Canadian Pension Commission.

NoE.626022 Rank Private Name DUFOUR, Louis Philip	ре
Unit No. 5 District Depot Date of death 17th June,	1942.
Died at Gregoire de Montmorency, P.Q.	5
Cause (hot on file)	
Death occurred on strength of Forces. HQ 869-D-2754	17-8-42
W/K Mr. Cyrias Dufour Relationship	Father
Address Baie Ste. Catherine, Co. Charlevoix-Saguenay	P.Q.
Remains buried in St. Firmin	Cemetery
Baie Ste. Catherine, P.Q.	,
Grave location	

and the same of

	Rank	Name		
ILLE		Date of death		
ied at				
ereto e				
	on structh	of Forces: EQ		
		of Forces & EQ	Falstine him	
		of Forces, EQ	Falstine him	

ÉMORANDUM POUR

Monsieur Cyrias Dufour,

Baie Ste-Catherine,

Cté Charlevoix-Saguenay, QUE.

Prière d'adresser toute communication subséquente à ce sujet à

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

AUX SOINS DE L'ADMINISTRATEUR DES SUCCESSIONS

et de citer le numéro suivant: 0869-D-2754 FD.10

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE OTTAWA, ONT.

le 16 septembre 194 3

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

DUFOUR, Louis Philippe, Soldat,

No. E.626022, No. 5 Dist. Depot (C.A.)

SEP 25 1943 OTTAWA DEED

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

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

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

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

de			TÉMOIGNAGE I	DU DÉC	CLARANT
Degrés d parenté	PARE à sign		NOM ET PRÉNOMS de tout parent de chacun des degrés mentionnés	Âge	ADRESSE AU LONG de chaque parent survivant, en regard de son nom et date de décès de tout parent décédé
1	Veuve du défunt.		ds. Mulpe Dupour	2/	
2	décès, et me	nt et dates de n ou plusieurs édés, la date du entionner s'ils ou non	1 /hon-maries		
3	Père du défunt	•••••	Cyrias Dufour	583	vone sie garrenn
4	Mère du défunt		manie Harrey.	51	L'aquenay
5	Frères du défunt	Frères germains Demifrères	Leon-Georges Dufaur	9	
6	Sœurs du défunt	Sœurs germaines Demi- sœurs	anne marie	20/8	
	Noms des frères ou non) du défunt qui so de décès de chacun d	ont décédés et date	2 Noms et êges de leurs enfants, le cas échéant	Jan	Adresse de leurs enfants
7			(preumonie)	19:	3

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

		NOMS DES VIVANTS	Âge	ADRESSE AU LONG
8	Grands-parents du défunt	Hanry Dufour decedie 19	83	Bay Ste-Callerent
9	Oncles et tantes directs du défunt (non pas les oncles et tantes par alliance)	dithur Louis Henri Isolipela Sufrida Cédulie Hélène	300366	

21

Le défunt

Etait-il d

10	Quels sont les nom et prénoms du défunt?	Dufour Le-Philippe
11	Indiquez le mois et l'année de sa naissance.	5 avril 1921
12	Où et quand ses parents s'étaient-ils mariés?	a Ste-agnesi
13	S'était-il marié? Le cas échéant, indiquez le lieu et la date exacts du mariage. A-t-il laissé un contrat de mariage?	non
14	A-t-il laissé un testament? Le cas échéant, veuillez l'adresser.	hm
15	Existe-t-il quelque autre actif qui nécessite une vérification du testament par la cour, ou (pour les provinces anglaises seulement), une demande de Lettres d'Administration?	
-	DÉTAILS DE D	OMICILE
16	Où le défunt était-il né?	Boi Ste Calherine
17	Dans quel province, pays ou état a-t-il demeuré et demeurait-il en dernier lieu?	P. Quebic
18	Combien de temps dans chacun d'eux?	
19	Quelle était la nature de son emploi?	Commis au magasin
20	Était-il propriétaire de la maison ou du homestead où il demeurait? Le cas échéant, à quel endroit?	h on
21	A-t-il jamais déclaré de vive voix, ou par écrit, où il entendait vivre d'une façon permanente?	from a Boie Ste Catherine
22	Indiquez votre adresse postale au long.	Bois Ste-Cathering Laguenry P.
	DÉTAILS DES CI	
23	Les frais d'enterrement ont-ils été payés? Le cas échéant, par qui?	Par le pere a part \$ /00. ° for l'éta
24	Y a-t-il une réclamation pendante contre la succession? Le cas échéant, donnez les nom et prénoms et l'adresse de chaque créancier dans cet espace et joignez sa facture. (Voir remarque ci-dessous mentionnée.)	1 han

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

Le défunt avait-il un compte de banque? Le cas échéant, donnez le nom et l'adresse de la banque et le montant en dépôt.

(VOIR AU VERSO)

Etait-il détenteur de Certificats d'Epargnes de Guerre? Etait-il détenteur de Bons de la Victoire?

L	nsérez le
d	egré de
p	arenté, par
	xemple:
"	veuve'',
"	père".
"	frère".
0	to.

érez le ré de			DÉCLARAT	ION	
enté, par mple:	Je, soussigné, déclar e et complète de tous	e que les rense les parents que	eignements qui e le défunt ait ja	précèdent sont exacts e mais eus aux degrés sign	et constituent une liste alés; et que je suis le/la
	ner	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		du défunt.	
N.B.—À être long en présence teur, prêtre ou de la localité.	signée au e d'un pas- magistrat		Dyria	s d'ufour	Signature du
			CERTIFIC	AT	déclarant
	Je, soussigné, certifie	que, autant q		1. Cynas D	Lucy S Nom du

complètes et exactes. Signature du pasteur, }
prêtre ou magistrat. }

Every Control of the Control of the

The Land of the La

The Property of the State of th

Transferrance of the same of t

précédente, de même que la liste des parents qui ont été fournies et signées en ma présence sont

du défunt ci-dessus décrit et je crois que la déclaration

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.

and the first property of the second state of the second s

the state of the s

AND THE RESIDENCE AND ADDRESS OF THE PARTY O

THE LIGHT AT ROUTED, THE DAY HE WAS NOT YOUR BUT THE THE THE TAIL THE THE THE

CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF

CANADIAN ARMY (A)

LAST PAY CERTIFICATE

1st Amended

	Rank and Nam	e Pte DUFOUR Louis-Philippe	
of	Personnel ca	lled out for training Regiment,	etc., on
(Transfer, Posting or Discharge) to			17th 194
	(Unit	and Station)	
			3
On TRANSFEI	R OF OFFICE	R or WARRANT OFFICER, Class I	
Outfit allowance of \$		has been paid by the Treasury Officer,	Military District
Noor	ir Command.		
REMARKS:			
State (1) Date-of appointment or e	nlistment	1240 hrs. 12th June 1942	
(2) If individual has dependen	nts eligible for D	ependents Allowance, has application been	submitted?No
(3) Has assignment of pay be	en mader	II so, amount	•enecuve
date			
(4) In the case of Officers in r	eceipt of a Servi	ee (P.F.) Pension state monthly deduction	\$
			T. 101
The following is a statement of the a the inclusive date of transfer, posting or		ove named from 12th June to 30th	June194.2
		oove named from 12th June to 30th	June194.2 Cr.
	discharge.	ove named from 12th Juneto 30th PARTICULARS	
PARTICULARS	discharge. DR. AMOUNT	PARTICULARS	Cr.
PARTICULARS Balance Dr. from last account	discharge. DR. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT
PARTICULARS Balance Dr. from last account First Monthly Payment	discharge. DR. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account First Monthly Payment Casual Payments	discharge. DR. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT
PARTICULARS Balance Dr. from last account First Monthly Payment Casual Payments Payment on Transfer, Posting or Discharge	discharge. DR. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account	discharge. Dr. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account	discharge. Dr. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account	DR. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account	DR. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account	AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account	discharge. DR. AMOUNT	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account First Monthly Payment Casual Payments Payment on Transfer, Posting or Discharge Assigned Pay Regimental Charges Public Stoppages (Give particulars): Payment AR 1312	DR. AMOUNT 24.05	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account First Monthly Payment Casual Payments Payment on Transfer, Posting or Discharge Assigned Pay Regimental Charges Public Stoppages (Give particulars): Payment AR 1312	AMOUNT 24.05	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05
PARTICULARS Balance Dr. from last account	AMOUNT 24.05	PARTICULARS Balance Cr. from last account	AMOUNT 24.05

I certify that the above is a true and correct statement of the account of the above named on transfer, posting or discharge.

Cove Field Barracks QUEBEC P.Q. (Place)

15th Feb. 1943

(Date)

4-/E D

Paymaster or Accounting Officer.

5 District Depot

Register No	CD492	FORM No	Nominal Roll	No	207	
To. DIVIC					0-2754	
To: P.M.G.		CANADIAN ARMY Computation of	STATE OF THE OWNER, WHEN			
		WAR SERVICE	GRANT			
Regt. No.	Rank when S.O.S.	Surname		Christian Name in Full		
626022	PTE.	DUFOUR		Louis.	PHILIPPE	
1st Enlistm 2nd Enlistm	nent	ICE: DECEASE D		CARO		
3rd Enlistm	1ent	Total Servi	ce	CARO	(
1sr l	1ST ENLISTMENT 2ND ENLISTMENT			3RD ENLISTMENT		
T.O.S. /2 JVN 42 T S.O.S. /7 JVN 42 MD 5 S. Total Days 6 T		S.O.S	S.O.SMD		T.O.S	
Total Service					6 DAYS	
			Total Serv	Less ice Non-qualify: Service	ing Net Service	
Western Hemisphere			6	NIC	6	
Overseas Service			MIC	NIC	1416	
Totals			6	NIC	6	
Add Non-qualifying Service				NIC		
То	tal Service				6	
REMARKS:	DETAILS: O.S. Overseas Signature ignature	Samuett	Date S.O.S.	Overseas		
	uted	4.6	IEIED that enti	tlement to hence	fits under the War	

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

500M-11-44 (6012)
H.Q. 1772-45-8

C. L. LAURIN,

Colonel,
DIRECTOR OF RECORDS.