



Monument aux pompiers canadiens

Demande de reconnaissance / Cérémonie

Directives : Ce formulaire doit être rempli au complet, sinon il ne sera pas traité. Prière de joindre à votre demande les copies de tout document venant valider l'information, tel lettres et articles de journaux. Si le décès est lié à une « maladie professionnelle », une copie de la lettre d'acceptation de la réclamation par Worksafe, la CAT ou la CSPAAT, ou encore une lettre du Service d'incendie, de la ville ou municipalité confirmant que la réclamation a été acceptée, **doit accompagner** la demande.

Case 1 – Information sur le pompier

Nom du défunt : _____	Grade : _____	
Ville de résidence : _____	Prov : _____	
Date de décès : _____	Date de naissance : _____	Âge : _____
Pompier depuis : _____	Date des funérailles : _____	
Cimetière (s'il y a lieu) : _____		
Type de pompier : Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Volontaire <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/>		
Statut : Service actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Date de retraite (s'il y a lieu) : _____		
Environnement : Municipal <input type="checkbox"/> Forestier <input type="checkbox"/> Industriel/Privé <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/>		
Fédéral (Employé civil) <input type="checkbox"/> Autre : _____		
N° de caserne ou lieu de service : _____		

Case 2 – Information – Service d'incendie / Employeur

Nom du Service d'incendie / Employeur : _____		
Adresse : _____		
Ville : _____	Prov : _____	Code Postal : _____
Représentant de l'employeur : _____		Tél. : _____

Case 3 – Association de pompiers (s’il y a lieu)

Nom de l’association : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Prov : _____ Code Postal : _____
Représentant de l’association : _____ Tél. : _____
Adresse courriel du représentant : _____

Case 4 – Plus proche parent du pompier (à des fins de communication)

Nom : _____ Parenté : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Prov : _____ Code Postal : _____
Tél. : _____ Courriel : _____

Case 5 – Circonstances entourant le décès

Lieu du décès – Ville : _____ Prov : _____
Circonstances du décès (cochez au besoin). Blessures sur les lieux d’un incident <input type="checkbox"/>
En route vers l’incident <input type="checkbox"/> En revenant de l’incident <input type="checkbox"/> Date de l’incident : _____
Détails sur l’incident : _____
Accident en cours de formation <input type="checkbox"/> Accident de travail <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle* <input type="checkbox"/>
<u>(*SI ‘MALADIE PROFESSIONNELLE’ EST COCHÉE, VOUS DEVEZ REMPLIR CE QUI SUIT ET FOURNIR LES DÉTAILS LIÉS À LA RÉCLAMATION. PRIÈRE DE JOINDRE LES DOCUMENTS PERTINENTS.)</u>
Worksafe / CAT / CSPAAT / CSST / Anciens Combattants Canada (ACC) – Détails
N° réclamation : _____ Date d’approbation : _____
Nom exact de la maladie : _____

Case 6 – Reconnaissance – Mort en service

Faites la liste de toutes les organisations / entités gouvernementales, etc., qui ont reconnu cet incident comme étant un décès survenu suite à l'exercice des fonctions de pompier. (Prière de joindre des copies de toute documentation, lettres, articles de journaux, etc., permettant de corroborer le tout.)

Case 7 – Demande soumise par :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov : _____ Code Postal : _____

Organisation (s'il y a lieu) : _____

Tél. : _____ Courriel : _____

Signature : _____ Date : _____

Une fausse déclaration entraînera la révocation du statut de mort en service et verra le nom retiré de la liste d'honneur. Veuillez consulter les critères d'inclusion sur le site Web à www.fcpms.ca pour plus d'informations sur l'admissibilité.

Veuillez expédier le formulaire dûment complété avec des documents pertinents à :

Fondation canadienne des pompiers morts en service
440 Av Laurier Ouest Bureau 200
Ottawa ON K1R 7X6

Demande Version 3-0114 (3 pages)