

Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

Nature de la catastrophe: _____

Lieu de la catastrophe: _____

Date de la catastrophe: *Jour* *Mois* *Année*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| DONNÉES ADMINISTRATIVES | | a | b | c |
|-------------------------|---|--|---|---|
| 100 | Service responsable Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail | B.C.N. INTERPOL : Dossier N° : | | |
| 105 | Rens. donnés par Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail Lien | Date : _____ | | |
| 110 | Rens. donnés à Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail Lien | 1 <input type="checkbox"/> voir 105 | | |
| 115 | Partenaire de vie Si non célibataire, voir 230 | Célib. - Sinon : Prénom / Deuxième prénom / Nom de la personne : 1 <input type="checkbox"/> _____ | | |
| 120 | Empreintes digitales relevées ? 01 Source | 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui Où : _____ Préciser : _____ Date : _____ | | |
| 125 | Si non, est-il possible de les relever au domicile de la personne, sur son lieu de travail ou ailleurs ? 01 Adresse Voir aussi 480 | 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui Indiquer les sources des empreintes d'élimination à la page « Rens. compl. » (700). | | |

| LISTE DES DONNÉES | Joint complet | Non disponible | Observations |
|---|---------------|----------------|--------------|
| Données administratives (champs 1xx) | | | |
| Données nominatives (champs 2xx) | | | |
| Effets personnels (champs 3xx) | | | |
| Description du corps (champs 4xx) | | | |
| Pathologie (champs 5xx) | | | |
| Odontologie (champs 6xx) | | | |
| Renseignements complémentaires (champs 7xx) | | | |
| Annexe (champs 8xx) (facultatif) | | | |

| | |
|---------------------------|--|
| Nom de famille: | N° AM : _____ |
| ----- | |
| Prénom(s): | |
| Date de naissance: | Âge Homme Femme Inconnu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| DONNÉES NOMINATIVES | | a | b | c |
|---------------------|------------------------------------|---|---|--|
| 200 | Nom à la naissance | | | <i>Nom de jeune fille de la mère :</i> |
| 205 | Surnom(s) | | | |
| 210 | Autre(s) nom(s) | | | |
| | 01 Autre(s) nom(s) Nom | Prénom(s) : _____ | | Nom : _____ |
| | Date de naissance | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | Lieu de naissance | Lieu : _____ | | Pays : _____ |
| | 02 Autre(s) nom(s) Nom | Prénom(s) : _____ | | Nom : _____ |
| | Date de naissance | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | Lieu de naissance | Lieu : _____ | | Pays : _____ |
| 215 | Nationalité | Pays : _____ | | Nationalités multiples : _____ |
| 220 | Lieu de naissance | Lieu : _____ | | Pays : _____ |
| 225 | Numéro d'identité nationale | | | |
| | Numéro | _____ | | |
| | Pays de délivrance | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Saisir le code ISO-3166-1 alpha-3 (« AUS » pour l'Australie, par exemple). | | |
| 230 | Situation de famille | Fiancé(e) (date) Concubinage Marié(e) (date) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ | | |
| | Célibataire : voir 115 | Divorcé(e) Veuf (veuve) 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | |
| 235 | Profession | | | |
| 240 | Adresse postale actuelle | | | |
| | Rue / N° | _____ | | |
| | Code postal / Ville | _____ | | |
| | État / Pays | _____ | | |
| | Téléphone / e-mail | _____ | | |
| | Téléphone portable | _____ | | |
| 245 | Religion | Non Oui (préciser) : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | | |

| | |
|---|---------------------------|
| Renseignements recueillis par Titre / Grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / e-mail : _____ | Signature / Date _____ |
|---|---------------------------|

Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| EFFETS PERSONNELS (portés par la personne ou transportés dans un bagage) | | | | | | | | a | b | c | | | |
|---|-------------------------------|--------|------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|---|--|--|--|
| 300 Vêtements | Tête et cou | N° : 1 | Type | 2 | Couleur | 3 | Marque | 4 | Matière | | | | |
| | 101 Coiffure | | | | | | | | | | | | |
| | 102 Écharpe | | | | | | | | | | | | |
| | 103 Cravate | | | | | | | | | | | | |
| | 199 Autre | | | | | | | | | | | | |
| | Haut du corps et bras | | | | | | | | | | | | |
| | 201 Chemisier | | | | | | | | | | | | |
| | 202 Bretelles | | | | | | | | | | | | |
| | 203 Soutien-gorge | | | | | | | | | | | | |
| | 204 Gilet | | | | | | | | | | | | |
| | 205 Manteau | | | | | | | | | | | | |
| | 206 Gants | | | | | | | | | | | | |
| | 207 Pardessus | | | | | | | | | | | | |
| | 208 Pull-over | | | | | | | | | | | | |
| | 209 Chemise | | | | | | | | | | | | |
| | 210 Tee-shirt | | | | | | | | | | | | |
| | 211 Tricot de corps | | | | | | | | | | | | |
| | 212 Gilet sans manches | | | | | | | | | | | | |
| | 299 Autre | | | | | | | | | | | | |
| | Bas du corps et jambes | | | | | | | | | | | | |
| | 301 Ceinture | | | | | | | | | | | | |
| 302 Short | | | | | | | | | | | | | |
| 303 Jupe | | | | | | | | | | | | | |
| 304 Chaussettes | | | | | | | | | | | | | |
| 305 Bas | | | | | | | | | | | | | |
| 306 Maillot de bain | | | | | | | | | | | | | |
| 307 Collants | | | | | | | | | | | | | |
| 308 Pantalon | | | | | | | | | | | | | |
| 309 Sous-vêtements | | | | | | | | | | | | | |
| 399 Autre | | | | | | | | | | | | | |
| Corps entier | | | | | | | | | | | | | |
| 401 Combinaison | | | | | | | | | | | | | |
| 402 Robe | | | | | | | | | | | | | |
| 403 Vêtement religieux / culturel / traditionnel | | | | | | | | | | | | | |
| 404 Uniforme | | | | | | | | | | | | | |
| 499 Autre | | | | | | | | | | | | | |
| Si la réponse est « x99 Autre », merci de renseigner la colonne 1 « Type ». | | | | | | | | | | | | | |
| 305 Chaussures | N° : 1 | Type | 2 | Couleur | 3 | Marque | 4 | Matière | | | | | |
| 01 Bottes | | | | | | | | | | | | | |
| 02 Chaussures ouvertes | | | | | | | | | | | | | |
| 03 Chaussures | | | | | | | | | | | | | |
| 99 Autre | | | | | | | | | | | | | |
| Décrire le type de chaussure dans la colonne « 1 Type », par exemple : chaussures de sport, sandales. | | | | | | | | | | | | | |

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes : blanc, bleu, gris, jaune, marron, noir, orange, rose, rouge, vert, violet, inconnu.

| | |
|--|------------------|
| Renseignements recueillis par Titre / Grade : Nom : Adresse : Téléphone / e-mail : | Signature / Date |
|--|------------------|

Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| EFFETS PERSONNELS (portés par la personne ou transportés dans un bagage) | | | | | | | | a | b | c |
|--|---|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
| 310 Montre | N° : 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| | 01 À affichage numérique | | | | | | | | | |
| | 02 Analogique | | | | | | | | | |
| | 03 Numérique / analogique | | | | | | | | | |
| | 04 Montre bracelet portée à | <i>Gauche</i> 1 <input type="checkbox"/> | <i>Droite</i> 2 <input type="checkbox"/> | <i>À l'extérieur</i> 3 <input type="checkbox"/> | <i>À l'intérieur</i> 4 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | 05 Bracelet / chaîne de montre | <i>Cuir</i> 1 <input type="checkbox"/> | <i>Métal</i> 2 <input type="checkbox"/> | <i>Caoutchouc</i> 3 <input type="checkbox"/> | <i>Autre(s) (préciser) :</i> 4 <input type="text"/> | | | | | |
| 06 Autre type de montre | <i>Portée à :</i> _____ | | | | | | | | | |
| 315 Lunettes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| | 01 Monture | | | | | | | | | |
| | 02 Verres | <i>À teinte variable</i> <i>Teintés</i> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <i>Non</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Oui (préciser) :</i> _____ | | | | | | | | |
| | 03 Forme des verres | <i>Ronds</i> 1 <input type="checkbox"/> | <i>Ovales</i> 2 <input type="checkbox"/> | <i>Carrés</i> 3 <input type="checkbox"/> | <i>Semi-cerclés</i> 4 <input type="checkbox"/> | <i>Monture invisible</i> 5 <input type="checkbox"/> | <i>Cerclés</i> 6 <input type="checkbox"/> | | | |
| | 04 Matériau / type de verres | <i>Verre</i> 1 <input type="checkbox"/> | <i>Polycarbonate</i> 2 <input type="checkbox"/> | <i>Double foyer</i> 3 <input type="checkbox"/> | <i>Progressifs</i> 4 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 320 Lentilles de contact | <i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> | <i>Oui (préciser si elles sont colorées) :</i> _____ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 325 Prothèse(s) auditive(s) | <i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> | <i>Oui (préciser) :</i> _____ | | | <i>N° de série :</i> _____ | | | | | |
| | 01 À gauche | | | | | | | | | |
| 02 À droite | <i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> | <i>Oui (préciser) :</i> _____ | | | <i>N° de série :</i> _____ | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 330 Prothèse(s) externe(s) | <i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> | <i>Oui (préciser) :</i> _____ | | | <i>N° de série :</i> _____ | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 335 Bijou(x) | N° : 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| | 01 Bracelet(s) de cheville | <i>Type</i> | <i>Couleur</i> | <i>Matière</i> | <i>Inscription</i> | <i>Portés à</i> | | | | |
| | 02 Bracelet(s) | | | | | | | | | |
| | 03 Boucle(s) d'oreille (clip) | | | | | | | | | |
| | 04 Boucle(s) d'oreille (oreilles percées) | | | | | | | | | |
| | 05 Chaînette(s) de cou | | | | | | | | | |
| | 06 Collier(s) | | | | | | | | | |
| | 07 Anneau(x) dans le nez | | | | | | | | | |
| | 08 Pendentif(s) (chaînette) | | | | | | | | | |
| | 09 Alliance | | | | | | | | | |
| | 10 Autre(s) bague(s) | | | | | | | | | |
| | 99 Autre(s) | | | | | | | | | |
| Si la réponse est « 99 Autre », merci de renseigner la colonne 1 « Type ». | | | | | | | | | | |

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes : blanc, bleu, gris, jaune, marron, noir, orange, rose, rouge, vert, violet, inconnu.

| | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|
| Renseignements recueillis par | Titre / Grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / e-mail : _____ | Signature / Date : _____ |
|--------------------------------------|---|--------------------------|

Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| EFFETS PERSONNELS (portés par la personne ou transportés dans un bagage) | | | | | | | | a | b | c |
|---|-------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|---|---|
| 340 Pièce(s) d'identité 01 Carte(s) bancaire(s) 02 Permis de conduire 03 Carte d'identité 04 Passeport 99 Autre Si la réponse est « 99 Autre », merci de renseigner la colonne 3 « Détails ». | N° : | 1 <i>Nationalité</i> | 2 <i>Numéro</i> | 3 <i>Détails</i> | 4 <i>Biométrie</i> | 5 <i>Puce</i> | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 345 Effets personnels 01 Badge(s) / clé(s) 02 Sac-ceinture 03 Devises 04 Journal / agenda 05 Porte-monnaie 06 Ticket(s) 07 Portefeuille 99 Autre Si la réponse est « 99 Autre », merci de renseigner la colonne 2 « Modèle ». | N° : | 1 <i>Marque</i> | 2 <i>Modèle</i> | 3 <i>Couleur</i> | 4 <i>Matière</i> | 5 <i>N° de série</i> | 6 <i>Inscriptions</i> | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 350 Appareil(s) électronique(s) 01 Appareil photo 02 Téléphone portable 03 Baladeur 04 Carte SIM 05 Tablette / mobile 06 Vidéo 99 Autre Si la réponse est « 99 Autre », merci de renseigner la colonne 2 « Modèle ». | N° : | 1 <i>Marque</i> | 2 <i>Modèle</i> | 3 <i>Couleur</i> | 4 <i>Matière</i> | 5 <i>N° de série</i> | 6 <i>Inscriptions</i> | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Veillez utiliser uniquement les couleurs suivantes : blanc, bleu, gris, jaune, marron, noir, orange, rose, rouge, vert, violet, inconnu.

| | |
|---|--------------------------|
| Renseignements recueillis par Titre / Grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / e-mail : _____ | Signature / Date : _____ |
|---|--------------------------|

Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| DESCRIPTION (signalement) | | | a | b | c | |
|------------------------------------|--|--|--------------------------|------------------------|---|--|
| 404 Signes particuliers | N° : 1 Cicatrice(s) | 2 Piercing(s) | 3 Tatouage(s) | | | |
| | Tête et cou | | | | | |
| | 01 Tête | | | | | |
| | 02 Cou | | | | | |
| | Torse | | | | | |
| | 03 Torse : face antérieure | | | | | |
| | 04 Torse : face postérieure | | | | | |
| | 05 Parties génitales | | | | | |
| | 06 Fesses | | | | | |
| | Membres supérieurs | | | | | |
| | 07 Bras droit | | | | | |
| | 08 Bras gauche | | | | | |
| | 09 Avant-bras droit | | | | | |
| 10 Avant-bras gauche | | | | | | |
| 11 Main droite | | | | | | |
| 12 Main gauche | | | | | | |
| N° : 4 Marque(s) cutanée(s) | | | 5 Malformation(s) | 6 Amputation(s) | | |
| Membres inférieurs | | | | | | |
| 13 Cuisse droite | | | | | | |
| 14 Cuisse gauche | | | | | | |
| 15 Genou droit | | | | | | |
| 16 Genou gauche | | | | | | |
| 17 Jambe, partie inf. droite | | | | | | |
| 18 Jambe, partie inf. gauche | | | | | | |
| 19 Pied droit | | | | | | |
| 20 Pied gauche | | | | | | |
| 408 Taille | Min. _____ cm / Max. _____ cm | Min. _____ pieds _____ pouces / Max. _____ pieds _____ pouces | | | | |
| 412 Poids | Min. _____ kg / Max. _____ kg | Min. _____ livres / Max. _____ livres | | | | |
| 416 Corpulence | Mince 1 <input type="checkbox"/> Moyenne 2 <input type="checkbox"/> Forte 3 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 420 Cheveux | 01 Type | Naturels 1 <input type="checkbox"/> Extensions 2 <input type="checkbox"/> Postiche 3 <input type="checkbox"/> Perruque 4 <input type="checkbox"/> Implants 5 <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 02 Longueur | Courts (< 6 cm / 2,4 pouces) 1 <input type="checkbox"/> Mi-longs (< 12 cm / 4,7 pouces) 2 <input type="checkbox"/> Longs (> 12 cm / 4,7 pouces) 3 <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 03 Teinture (couleur) | Rasés 4 <input type="checkbox"/> Non / inconnue Mèches 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Blond 3 <input type="checkbox"/> Châtain 4 <input type="checkbox"/> Noir 5 <input type="checkbox"/> Roux 6 <input type="checkbox"/> Gris 7 <input type="checkbox"/> Blanc 8 <input type="checkbox"/> Poivre et sel 9 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 10 <input type="text"/> | | | | |
| | 04 Couleur naturelle | Blond 1 <input type="checkbox"/> Châtain 2 <input type="checkbox"/> Noir 3 <input type="checkbox"/> Roux 4 <input type="checkbox"/> Gris 5 <input type="checkbox"/> Blanc 6 <input type="checkbox"/> Poivre et sel 7 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) : 8 <input type="text"/> | | | | |
| | 05 Calvitie | Partielle 1 <input type="checkbox"/> Totale 2 <input type="checkbox"/> Frontale 3 <input type="checkbox"/> Latérale 4 <input type="checkbox"/> Tonsure 5 <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 06 Particularité(s) | Décrire (utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : _____ | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| Renseignements Titre / Grade : | Signature / Date |
| recueillis par Nom : | |
| Adresse : | |
| Téléphone / e-mail : | |

| | |
|--|--|
| Nom de famille: _____ | N° AM : _____ |
| ----- | |
| Prénom(s): _____ | |
| ----- | |
| Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Jour</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Mois</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Année</i> | Âge <input type="text"/> <input type="text"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> |

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| DESCRIPTION (signalement + empreintes digitales) | | a | b | c | | | |
|--|---|---|--|--|--|---|--|
| 424 | Sourcils 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 428 | Yeux 01 Couleur (Gauche et Droite) 02 Particularité(s) | Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Strabisme conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> | Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Strabisme div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Bordeaux 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Oeil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Marron 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Autre(s) (préciser) : 5 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 432 | Nez 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 436 | Pilosité faciale 01 Type 02 Couleur | Glabre 1 <input type="checkbox"/> Blond 1 <input type="checkbox"/> Gris 5 <input type="checkbox"/> | Moustache 2 <input type="checkbox"/> Châtain 2 <input type="checkbox"/> Blanc 6 <input type="checkbox"/> | Bouc 3 <input type="checkbox"/> Noir 3 <input type="checkbox"/> Poivre et sel 7 <input type="checkbox"/> | Favoris 4 <input type="checkbox"/> Roux 4 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) : 8 <input type="checkbox"/> _____ | Barbe 5 <input type="checkbox"/> Autre (préciser à la page 700) 6 <input type="checkbox"/> | |
| 440 | Oreilles 01 Lobes / percées 02 Particularité(s) | Attachés 1 <input type="checkbox"/> Non Non 1 <input type="checkbox"/> | Percées - préciser le nombre de trous 2 <input type="checkbox"/> Oui 3 <input type="checkbox"/> Gauche 4 <input type="checkbox"/> Droite Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 444 | Bouche / dents 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 448 | Lèvres 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 452 | Menton 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 456 | Cou 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 460 | Mains / ongles 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 464 | Pieds / ongles 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 468 | Pilosité corps / pubis 01 Particularité(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 472 | Circoncision | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui 2 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 476 | Ascendance | Européenne 1 <input type="checkbox"/> Blanc Mixte (préciser) : 5 <input type="checkbox"/> _____ | Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir Asiatique 3 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) : 4 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 480 | Empreintes digitales 01 Nombre d'empreintes relevées 02 Format 03 Technique de révélation | N° : _____ Relevé classique 1 <input type="checkbox"/> Poudre 1 <input type="checkbox"/> | Photo num. 2 <input type="checkbox"/> Produits chimiques 2 <input type="checkbox"/> | Photo 35 mm 3 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) : 4 <input type="checkbox"/> _____ Autre(s) (préciser) : 3 <input type="checkbox"/> _____ | | | |

| | |
|---|--------------------------|
| Renseignements Titre / Grade : _____ recueillis par Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / e-mail : _____ | Signature / Date : _____ |
|---|--------------------------|

Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| DONNÉES MÉDICALES | | | a | b | c | | |
|-------------------|---|-----------------------------------|---|--------|----------|---|-------------|
| 500 | Médecin de famille Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail | | | | | | |
| | | 505 | Dossier médical 01 Diagnostic(s) 02 Constatation(s) 03 Fracture(s) 04 Hospitalisation(s) 05 Cicatrice(s) suite à une opération 06 Organe(s) manquant(s) 07 Ordonnance(s) 08 Envoi chez spécialiste 09 Symptôme(s) 10 Traitement(s) 11 Autre(s) cicatrice(s) 12 Autre(s) Dépendance(s) 20 Alcool 21 Médicaments 22 Stupéfiants 23 Tabac Maladie(s) infectieuse(s) 30 SIDA / VIH 31 Hépatite 32 Tuberculose 33 Autre(s) Pour les femmes 40 Accouchement(s) 41 Hystérectomie(s) 42 Dispositif intra-utérin 43 Grossesse | N° : 1 | Préciser | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 515 | Implant(s) 01 Implant(s) mammaire(s) 02 Stimulateur cardiaque 03 Pompe à insuline 04 Autre(s) implant(s) | | | N° : 1 | Préciser | 2 | N° de série |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 520 | Prothèse(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 525 | Autres appareils artificiels | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 530 | Ablation d'organe(s) | Non 1 <input type="checkbox"/> | Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____ | | | | |

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| Renseignements Titre / Grade : | Signature / Date |
| recueillis par Nom : | |
| Adresse : | |
| Téléphone / e-mail : | |

Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

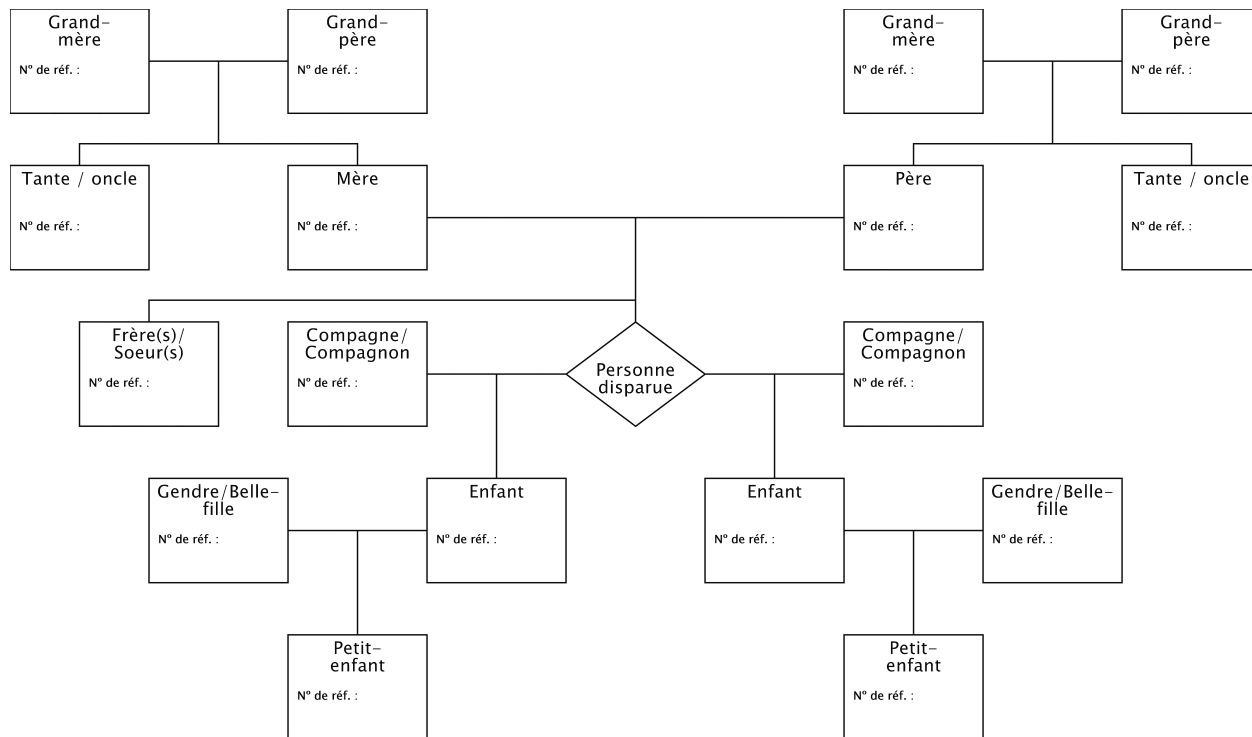
Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

a = Données non disponibles b = Pièce jointe c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| DONNÉES MÉDICALES (informations génétiques) | | | | a | b | c |
|---|--|---------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|
| 555 | Éléments de référence Personne disparue (Référence directe) | Type d'échantillon | Profil d'ADN | Biobanque | Effets personnels (préciser) : | |
| | | Date du prélèvement | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | Identifiant de l'échantillon attribué par le labo. : _____ |

ARBRE DES LIENS BIOLOGIQUES

Indiquer dans l'arbre le numéro de référence du membre de la famille. Ajouter toute information ne figurant pas dans l'arbre des relations biologiques de la famille à la page « Rens. compl. » (700).



| | | | | | |
|-----|---|------------------------------------|--|--|--|
| 560 | N° de référence du membre de la famille : _____ | Nom(s) : _____ | | | |
| | Lien (Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique) | Numéro d'identité national : _____ | Identifiant de l'échantillon attribué par le labo. : _____ | | |
| | | Type d'échantillon : _____ | Date du prélèvement : _____ | | |
| | N° de référence du membre de la famille : _____ | Nom(s) : _____ | | | |
| | Lien (Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique) | Numéro d'identité national : _____ | Identifiant de l'échantillon attribué par le labo. : _____ | | |
| | | Type d'échantillon : _____ | Date du prélèvement : _____ | | |
| | N° de référence du membre de la famille : _____ | Nom(s) : _____ | | | |
| | Lien (Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique) | Numéro d'identité national : _____ | Identifiant de l'échantillon attribué par le labo. : _____ | | |
| | | Type d'échantillon : _____ | Date du prélèvement : _____ | | |

| | |
|--|--------------------------|
| Renseignements Titre / Grade : _____ recueillis par Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / e-mail : _____ | Signature / Date : _____ |
|--|--------------------------|

Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| 805 ANNEXE ADN | | | | a | b | c |
|---|--|--|--------------------------------|---|---|---|
| 810 | Laboratoire d'analyse | Nom : _____ e-mail : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Date du prélèvement : _____ | | | | |
| 815 | Norme(s) utilisée(s) dans le laboratoire | Agrément : _____ Non agréé 1 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 820 | Kit(s) STR utilisé(s) | Nom(s) du(des) kit(s) utilisé(s) : _____ | | | | |
| 825 | ADN | Personne disparue | Référence - N° de réf. : _____ | | | |
| | VWA | | | | | |
| | TH01 | | | | | |
| | D21S11 | | | | | |
| | FGA | | | | | |
| | D8S1179 | | | | | |
| | D3S1358 | | | | | |
| | D18S51 | | | | | |
| | Amélogénine | | | | | |
| | TPOX | | | | | |
| | CSF1PO | | | | | |
| | D13S317 | | | | | |
| | D7S820 | | | | | |
| | D5S818 | | | | | |
| | D16S539 | | | | | |
| | D2S1338 | | | | | |
| | D19S433 | | | | | |
| | Penta D | | | | | |
| | Penta E | | | | | |
| | D1S1656 | | | | | |
| | D2S441 | | | | | |
| | D10S1248 | | | | | |
| | D22S1045 | | | | | |
| | D12S391 | | | | | |
| | SE33 | | | | | |
| | D6S1043 | | | | | |
| Toute information autre que les marqueurs précédemment cités doit être ajoutée dans la troisième colonne, à la page 700 « Renseignements complémentaires ». | | | | | | |
| 830 | Page supplémentaire pour le profil génétique (805 - 825) 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui | | | | | |

| | | |
|--------------------------------------|---|------------------|
| Renseignements recueillis par | Titre / Grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / e-mail : _____ | Signature / Date |
|--------------------------------------|---|------------------|

Nom de famille: _____

N° AM : _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: _____

Jour

Mois

Année

Année

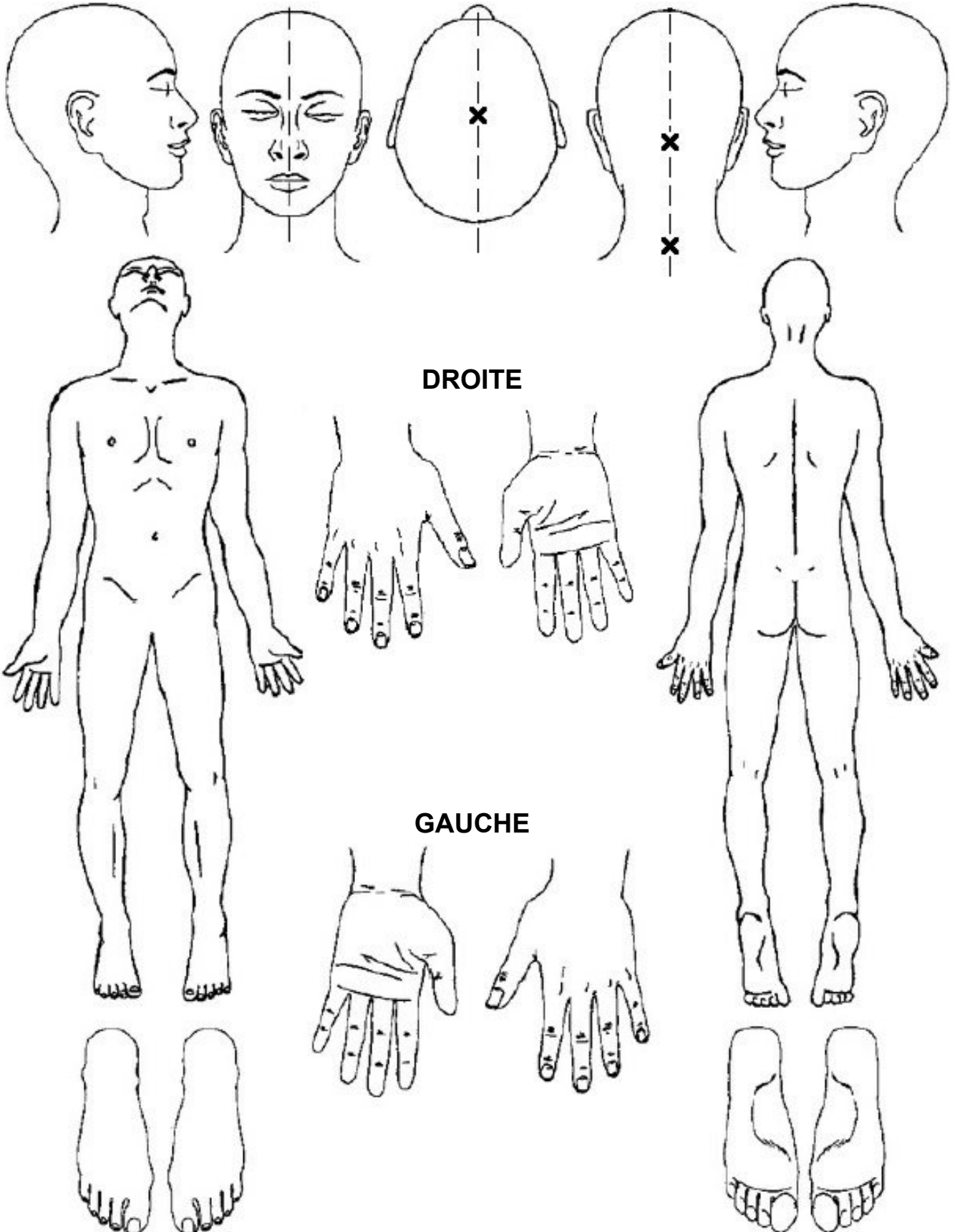
Âge

Homme

Femme

Inconnu

835 ANNEXE - SCHÉMA DU CORPS (facultatif)



Nom de famille: _____ **N° AM :** _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: *Jour* *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Inconnu*

a = Données non disponibles b = Pièce jointe c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

| 900 ANNEXE - RÉCAPITULATIF Personne disparue | | a | b | c |
|--|---|---|---|---|
| 905 | Personne disparue 01 Dossier(s) 02 Disparition signalée 03 Vu(e) en vie pour la dernière fois | | | |
| 911 | Adresse Rue / N° Code postal / Ville État / Pays 01 Vu(e) pour la dernière fois à 02 Position (long. / lat.) 03 Rayon à partir de cette position | | | |
| 912 | Lieu(x) de séjour possible(s) 01 Pays 02 Lieu 03 Description 04 Circonscription de police 05 Position (long. / lat.) 06 Rayon à partir de cette position | | | |
| 914 | Motif(s) possible(s) de disparition 01 Pour tous 02 Pour les enfants | | | |
| 920 | Accompagnant(s) 01 Nombre d'accompagnant(s) 02 Lien vers son/ leurs dossier(s) 03 Renseignements complémentaires | | | |
| 923 | Bref exposé des faits / circonstances de la disparition | | | |
| 925 | Mesures de recherche / Publication 01 Autorisation de recherches publiques 02 Mesures de recherche | | | |