

Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance :   
 Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu

Lieu de la catastrophe : \_\_\_\_\_  
 Nature 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	<b>Service responsable</b>  Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel  <b>Lien</b>	BCN INTERPOL : _____  Dossier N° : _____			
105	<b>Rens. donnés par</b>  Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel  <b>Lien</b>	Date : _____			
110	<b>Point de contact</b>  Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel  <b>Lien</b>	1 <input type="checkbox"/> Voir 105			
120	<b>Empreintes digitales relevées ?</b>  01 Source	1 <input type="checkbox"/> Non    2 <input type="checkbox"/> Oui    Où : _____ Préciser : _____    Date : _____			
125	<b>Si non, est-il possible d'en obtenir depuis</b>  01 Lieu de résidence / autre  02 Identifiant biométrique  Voir aussi 480	1 <input type="checkbox"/> Non    2 <input type="checkbox"/> Oui    Où : _____  1 <input type="checkbox"/> Non    2 <input type="checkbox"/> Oui    Où : _____  Indiquer les sources des empreintes à éliminer 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)			
Données médicales (champs 5xx)			
Odontologie (champs 6xx)			
Renseignements complémentaires (champs 7xx)			
Annexe (champs 8xx) (facultatif)			

Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : 

Jour	Mois	Année	Âge	Homme	Femme	Autre	Inconnu
□□	□□	□□□□	□□	□	□	□	□

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

DONNÉES NOMINATIVES		a	b	c
200	Nom de famille à la naissance	Nom de jeune fille de la mère		
205	Sumom(s)			
210	Autres noms 01 Autre nom Nom  Date de naissance  Lieu de naissance	Prénom(s) : _____ Nom de famille : _____ <hr/> Jour Mois Année □□ □□ □□□□ Lieu : _____ Pays : _____		
215	Nationalité	Pays : _____ Plusieurs nationalités : _____		
220	Lieu de naissance	Lieu : _____ Pays : _____		
225	Numéro d'identité national  Numéro  Pays de délivrance	_____ □□□ Saisir le code ISO-3166-1 alpha-3 (p. ex. «AUS» pour l'Australie).		
230	Situation familiale	Célibataire - 1 <input type="checkbox"/> Sinon, prénom / deuxième prénom / nom de la personne : _____ Fiancé(e) (date) 2 <input type="checkbox"/> Concubin(e) 3 <input type="checkbox"/> Marié(e) (date) 4 <input type="checkbox"/> Divorcé(e) 5 <input type="checkbox"/> Veuf / Veuve 6 <input type="checkbox"/>		
235	Profession			
238	Adresse du domicile  Rue / N°  Code postal / Ville  État / Pays			
240	Adresse physique actuelle, p. ex. hôtel  Rue / N°  Code postal / Ville  État / Pays			
241	Numéro(s) de téléphone portable			
243	Présence en ligne  01 Courriels  02 Réseaux sociaux  Informations telles que plateforme, nom de profil et informations sur le compte.			
245	Religion	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____		
Renseignements recueillis par		Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____		Signature / date

Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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					
<b>300 Vêtements</b>	<b>N° : 1</b>	<i>Type / Style</i>	<b>2</b>	<i>Couleur dominante</i>	<b>3</b>	<i>Marque</i>	<b>4</b>	<i>Matière</i>	<b>5</b>	<i>Taille</i>			
	<b>Tête et cou</b>												
	101 Coiffure / Chapeau												
	102 Écharpe												
	103 Cravate												
	199 Autre												
	<b>Haut du corps et bras</b>												
	201 Gants												
	202 Pardessus												
	203 Manteau/veste												
	204 Gilet												
	205 Gilet sans manches												
	206 Bretelles												
	207 Pull-over												
	208 Chemisier												
	209 Chemise												
	210 Tee-shirt												
	211 Maillot de corps												
212 Soutien-gorge													
299 Autre													
<b>Bas du corps et jambes</b>													
301 Ceinture													
302 Pantalon													
303 Short													
304 Jupe													
305 Collants													
306 Chaussettes													
307 Bas													
308 Slip/culotte													
399 Autre													
<b>Corps entier</b>													
401 Combinaison													
402 Robe													
403 Tenue religieuse/ culturelle/ traditionnelle													
404 Uniforme													
405 Maillot de bain													
499 Autre													
Si la réponse est «x99 Autre», merci de renseigner la colonne 1 «Type/style».													
<b>305 Chaussures</b>	<b>N° : 1</b>	<i>Type / Style</i>	<b>2</b>	<i>Couleur dominante</i>	<b>3</b>	<i>Marque</i>	<b>4</b>	<i>Matière</i>	<b>5</b>	<i>Taille</i>			
	01 Bottes												
	02 Chaussures ouvertes												
	03 Chaussures												
	99 Autre												
Décrire le type de chaussures dans la colonne 1 «Type / Style», p. ex. chaussures de sport, sandales, etc.													

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

<p><b>Renseignements recueillis par</b></p> <p>Titre / grade : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Tél. / Courriel : _____</p>	<p>Signature / date</p>
---	-------------------------

Nom de famille :

N° AM :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Jour	Mois	Année	Âge	Homme	Femme	Autre	Inconnu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<b>Montre</b>	N° : 1	2	3	4	5		
	01 À affichage numérique	Marque	Modèle	Couleur dominante	Matière	Inscription		
	02 À affichage analogique							
	03 Montre connectée							
	04 Autre type de montre	Portée à :						
05 Montre-bracelet portée à	Gauche 1 <input type="checkbox"/>	Droite 2 <input type="checkbox"/>	À l'extérieur 3 <input type="checkbox"/>	À l'intérieur 4 <input type="checkbox"/>				
06 Bracelet / Chaîne de montre	Cuir 1 <input type="checkbox"/>	Métal 2 <input type="checkbox"/>	Caoutchouc 3 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/>				
315	<b>Lunettes</b>	1	2	3	4	5		
	01 Monture	Marque	Modèle	Couleur dominante	Matière	Inscription		
	02 Verres	À teinte variable Teintés 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Non 3 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) :						
	03 Forme des verres	Ronds 1 <input type="checkbox"/>	Ovales 2 <input type="checkbox"/>	Carrés 3 <input type="checkbox"/>	Mi-cerclés 4 <input type="checkbox"/>	Non cerclés 5 <input type="checkbox"/>	Cerclés 6 <input type="checkbox"/>	
04 Matériau / Type de verres	Verre 1 <input type="checkbox"/>	Polycarbonate 2 <input type="checkbox"/>	Double foyer 3 <input type="checkbox"/>	Progressifs 4 <input type="checkbox"/>				
320	<b>Lentilles de contact</b>	Non Oui (si colorées, préciser) :						
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>							
325	<b>Prothèse(s) auditive(s)</b>	Non Oui (préciser) : N° de série :						
	01 Gauche 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>							
325	02 Droite	Non Oui (préciser) : N° de série :						
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>							
330	<b>Prothèse(s) externe(s)</b>	Non Oui (préciser) : N° de série :						
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>							
335	<b>Bijou(x)</b>	N° : 1	2	3	4	5		
	01 Bracelet(s) de cheville	Type / Style	Couleur dominante	Matière	Inscription	Porté(es) à		
	02 Bracelet(s)							
	03 Boucle(s) d'oreille (clips)							
	04 Boucle(s) d'oreille (oreilles percées)							
	05 Chaînette(s) de cou							
	06 Collier(s)							
	07 Pendentif(s)							
	08 Alliance							
	09 Autre(s) bague(s)							
	10 Autre(s) bague(s) au doigt							
99 Autre								
Si la réponse est «99 Autre» merci de renseigner la colonne 1 «Type / Style».								

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

<b>Renseignements recueillis par</b>	Titre / grade :	Signature / date
	Nom :	
	Adresse :	
	Tél. / Courriel :	

Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance :

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					
<b>340 Pièce(s) d'identité :</b>  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	Nationalité	2	Numéro	3	Détails	4	Biométrie	5	Puce			
<b>345 Effets personnels</b>  01 Badge(s) / Clé(s) 02 Sac banane 03 Espèces 04 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	Marque	2	Modèle	3	Couleur dominante	4	Matière	5	N° de série	6	Inscriptions	
<b>350 Appareil(s) électronique(s)</b>  01 Appareil photo 02 Téléphone portable 03 Lecteur de musique 04 Carte SIM 05 Tablette / Terminal mobile 06 Appareil vidéo 07 Support de stockage 99 Autre  Si la réponse est «99 Autre», merci de renseigner la colonne 2 «Modèle».	N° :	1	Marque	2	Modèle	3	Couleur dominante	4	Matière	5	N° de série	6	Inscriptions	

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

<b>Renseignements recueillis par</b>	Titre / grade :	:	Signature / date
	Nom :	:	
	Adresse :	:	
	Tél. / Courriel :	:	

Nom de famille :

N° AM :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Jour	Mois	Année	Âge	Homme	Femme	Autre	Inconnu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

DESCRIPTION (signalement)		a	b	c																																																																																																																																																																															
<b>404 Signes particuliers</b>	<table border="1"> <tr> <th>N°</th> <th>1 Cicatrices</th> <th>2 Piercings</th> <th>3 Tatouages</th> <th>4 Marques cutanées</th> <th>5 Malformations</th> <th>6 Amputations</th> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>Tête et cou</b></td> </tr> <tr> <td colspan="7">01 Tête</td> </tr> <tr> <td colspan="7">02 Cou</td> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>Torse</b></td> </tr> <tr> <td colspan="7">11 Torse : face antérieure</td> </tr> <tr> <td colspan="7">12 Torse : face postérieure</td> </tr> <tr> <td colspan="7">13 Parties génitales</td> </tr> <tr> <td colspan="7">14 Fesses</td> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>Membres gauches</b></td> </tr> <tr> <td colspan="7">21 Bras gauche</td> </tr> <tr> <td colspan="7">22 Avant-bras gauche</td> </tr> <tr> <td colspan="7">23 Main gauche</td> </tr> <tr> <td colspan="7">24 Cuisse gauche</td> </tr> <tr> <td colspan="7">25 Genou gauche</td> </tr> <tr> <td colspan="7">26 Jambe gauche</td> </tr> <tr> <td colspan="7">27 Pied gauche</td> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>Membres droits</b></td> </tr> <tr> <td colspan="7">31 Bras droit</td> </tr> <tr> <td colspan="7">32 Avant-bras droit</td> </tr> <tr> <td colspan="7">33 Main droite</td> </tr> <tr> <td colspan="7">34 Cuisse droite</td> </tr> <tr> <td colspan="7">35 Genou droit</td> </tr> <tr> <td colspan="7">36 Jambe droite</td> </tr> <tr> <td colspan="7">37 Pied droit</td> </tr> </table>	N°	1 Cicatrices	2 Piercings	3 Tatouages	4 Marques cutanées	5 Malformations	6 Amputations	<b>Tête et cou</b>							01 Tête							02 Cou							<b>Torse</b>							11 Torse : face antérieure							12 Torse : face postérieure							13 Parties génitales							14 Fesses							<b>Membres gauches</b>							21 Bras gauche							22 Avant-bras gauche							23 Main gauche							24 Cuisse gauche							25 Genou gauche							26 Jambe gauche							27 Pied gauche							<b>Membres droits</b>							31 Bras droit							32 Avant-bras droit							33 Main droite							34 Cuisse droite							35 Genou droit							36 Jambe droite							37 Pied droit									
N°	1 Cicatrices	2 Piercings	3 Tatouages	4 Marques cutanées	5 Malformations	6 Amputations																																																																																																																																																																													
<b>Tête et cou</b>																																																																																																																																																																																			
01 Tête																																																																																																																																																																																			
02 Cou																																																																																																																																																																																			
<b>Torse</b>																																																																																																																																																																																			
11 Torse : face antérieure																																																																																																																																																																																			
12 Torse : face postérieure																																																																																																																																																																																			
13 Parties génitales																																																																																																																																																																																			
14 Fesses																																																																																																																																																																																			
<b>Membres gauches</b>																																																																																																																																																																																			
21 Bras gauche																																																																																																																																																																																			
22 Avant-bras gauche																																																																																																																																																																																			
23 Main gauche																																																																																																																																																																																			
24 Cuisse gauche																																																																																																																																																																																			
25 Genou gauche																																																																																																																																																																																			
26 Jambe gauche																																																																																																																																																																																			
27 Pied gauche																																																																																																																																																																																			
<b>Membres droits</b>																																																																																																																																																																																			
31 Bras droit																																																																																																																																																																																			
32 Avant-bras droit																																																																																																																																																																																			
33 Main droite																																																																																																																																																																																			
34 Cuisse droite																																																																																																																																																																																			
35 Genou droit																																																																																																																																																																																			
36 Jambe droite																																																																																																																																																																																			
37 Pied droit																																																																																																																																																																																			
<b>408 Taille</b>	<table border="1"> <tr> <td>Min.</td> <td>Max.</td> <td>Min.</td> <td>Max.</td> </tr> <tr> <td>_____ cm</td> <td>/ _____ cm</td> <td>_____ pieds _____ pces</td> <td>/ _____ pieds _____ pces</td> </tr> </table>	Min.	Max.	Min.	Max.	_____ cm	/ _____ cm	_____ pieds _____ pces	/ _____ pieds _____ pces																																																																																																																																																																										
Min.	Max.	Min.	Max.																																																																																																																																																																																
_____ cm	/ _____ cm	_____ pieds _____ pces	/ _____ pieds _____ pces																																																																																																																																																																																
<b>412 Poids</b>	<table border="1"> <tr> <td>Min.</td> <td>Max.</td> <td>Min.</td> <td>Max.</td> </tr> <tr> <td>_____ kg</td> <td>/ _____ kg</td> <td>_____ livres</td> <td>/ _____ livres</td> </tr> </table>	Min.	Max.	Min.	Max.	_____ kg	/ _____ kg	_____ livres	/ _____ livres																																																																																																																																																																										
Min.	Max.	Min.	Max.																																																																																																																																																																																
_____ kg	/ _____ kg	_____ livres	/ _____ livres																																																																																																																																																																																
<b>416 Corpulence</b>	<table border="1"> <tr> <td>Mince</td> <td>Moyenne</td> <td>Forte</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Mince	Moyenne	Forte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																												
Mince	Moyenne	Forte																																																																																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
<b>420 Cheveux</b>	<table border="1"> <tr> <td>Naturels</td> <td>Extensions</td> <td>Postiche</td> <td>Perruque</td> <td>Implants</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Courts &lt;6 cm / 2,4 pouces</td> <td>Mi-longs &lt;12 cm / 4,7 pouces</td> <td colspan="2">Longs &gt;12 cm / 4,7 pouces</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Rasés</td> </tr> <tr> <td colspan="5">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Non / inconnue</td> <td colspan="3">Mèches</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Blond</td> <td>Châtain</td> <td>Noir</td> <td>Roux</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Gris</td> <td>Blanc</td> <td>Poivre et sel</td> <td>Autre (préciser) :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Blond</td> <td>Châtain</td> <td>Noir</td> <td>Roux</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Gris</td> <td>Blanc</td> <td>Poivre et sel</td> <td>Autre (préciser) :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Partielle</td> <td>Totale</td> <td>Frontale</td> <td>Latérale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td>Tonsure</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">06 Particularité(s)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Décrire (et détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____</td> </tr> </table>	Naturels	Extensions	Postiche	Perruque	Implants	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Courts <6 cm / 2,4 pouces		Mi-longs <12 cm / 4,7 pouces	Longs >12 cm / 4,7 pouces		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		Rasés					4 <input type="checkbox"/>					Non / inconnue		Mèches			1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>			Blond		Châtain	Noir	Roux	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Gris		Blanc	Poivre et sel	Autre (préciser) :	7 <input type="checkbox"/>		8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	Blond		Châtain	Noir	Roux	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Gris		Blanc	Poivre et sel	Autre (préciser) :	5 <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	Partielle		Totale	Frontale	Latérale	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					Tonsure					5 <input type="checkbox"/>	06 Particularité(s)					Décrire (et détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :					_____																																																																			
Naturels	Extensions	Postiche	Perruque	Implants																																																																																																																																																																															
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
Courts <6 cm / 2,4 pouces		Mi-longs <12 cm / 4,7 pouces	Longs >12 cm / 4,7 pouces																																																																																																																																																																																
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
Rasés																																																																																																																																																																																			
4 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																			
Non / inconnue		Mèches																																																																																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Blond		Châtain	Noir	Roux																																																																																																																																																																															
3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
Gris		Blanc	Poivre et sel	Autre (préciser) :																																																																																																																																																																															
7 <input type="checkbox"/>		8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
Blond		Châtain	Noir	Roux																																																																																																																																																																															
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
Gris		Blanc	Poivre et sel	Autre (préciser) :																																																																																																																																																																															
5 <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
Partielle		Totale	Frontale	Latérale																																																																																																																																																																															
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
				Tonsure																																																																																																																																																																															
				5 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
06 Particularité(s)																																																																																																																																																																																			
Décrire (et détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :																																																																																																																																																																																			
_____																																																																																																																																																																																			

Renseignements recueillis par

Titre / grade : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. / Courriel : \_\_\_\_\_

Signature / date

Nom de famille :

N° AM :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu

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

DESCRIPTION (signalement)		a	b	c		
424	<b>Sourcils</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
428	<b>Yeux</b> 01 Couleur (gauche et droit)  02 Particularité(s)	Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D  Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D  Strab. conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D  Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D  Strab. div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D  Marron foncé 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D  Œil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Marron clair 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D  Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D  Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/> _____	
432	<b>Nez</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
436	<b>Pilosité faciale</b> 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 (préciser) : 8 <input type="checkbox"/> _____	Barbe 5 <input type="checkbox"/>  Autre (préciser en page 700) 6 <input type="checkbox"/>
440	<b>Oreilles</b> 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 / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
444	<b>Bouche / dents</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
448	<b>Lèvres</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
452	<b>Menton</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
456	<b>Cou</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
460	<b>Mains / Ongles</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
464	<b>Pieds / Ongles</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
468	<b>Pilosité corps / Pubis</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
472	<b>Circoncision</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>			
476	<b>Ascendance</b>	Européenne 1 <input type="checkbox"/> Blanc  Mixte (préciser) : 5 <input type="checkbox"/> _____	Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir	Asiatique 3 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/> _____	

<b>Renseignements recueillis par</b>	Titre / grade :	:	Signature / date
	Nom :	:	
	Adresse :	:	
	Tél. / Courriel :	:	

Nom de famille : \_\_\_\_\_

N° AM : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Jour	Mois	Année	Âge	Homme	Femme	Autre	Inconnu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**DESCRIPTION DU CORPS (informations sur les empreintes digitales)**

**a b c**

**480 Empreintes digitales**  
 01 Nombre d'empreintes relevées  
 02 Format  
 03 Technique de révélation

N° : \_\_\_\_\_

<i>Transferts</i>	<i>Photo num.</i>	<i>Photo 35 mm</i>	<i>ID biométrique</i>	<i>Autre (préciser) :</i>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> _____
<i>Poudre</i>	<i>Proc. chimiques</i>	<i>Source num.</i>	<i>Autre (préciser) :</i>	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> _____	

**496 Provenance des empreintes**

**GAUCHE**                      **DROITE**

ASSOMBRIR LES PARTIES CORRESPONDANT AUX EMPREINTES PRISES

**Renseignements recueillis par** Titre / grade : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. / Courriel : \_\_\_\_\_

Signature / date \_\_\_\_\_



Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu

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

**ADN DE LA PERSONNE DISPARUE POUR COMPARAISON DIRECTE ET ÉCHANTILLONS DE PROCHES BIOLOGIQUES**      a      b      c

555	ADN de la personne disparue  01 Profil ADN 02 Biobanque 03 Effets personnels	Réf. N° : 1	Préciser	2	Date du prélève	3	Identifiant du laboratoire :			
		1								
		2								
		3								
		4								
		5								

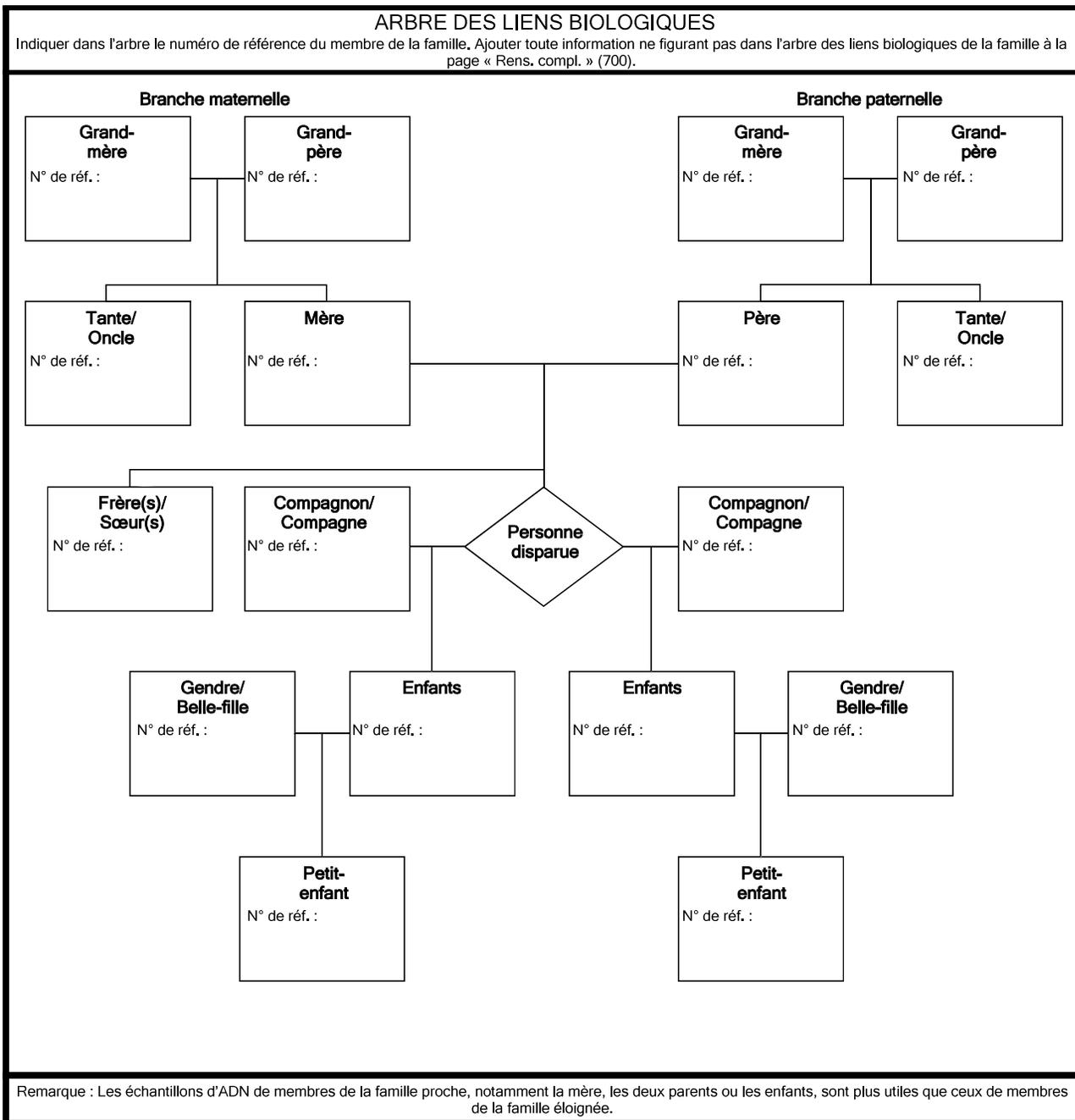
**560 Échantillons provenant des proches biologiques**

Membre de la famille	Nom(s)	N° :	Numéro d'identité national :	Identifiant du laboratoire :	Lien	Type d'échantillon :	Date prélev. :			
<small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)</small>										
Membre de la famille	Nom(s)	N° :	Numéro d'identité national :	Identifiant du laboratoire :	Lien	Type d'échantillon :	Date prélev. :			
<small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)</small>										
Membre de la famille	Nom(s)	N° :	Numéro d'identité national :	Identifiant du laboratoire :	Lien	Type d'échantillon :	Date prélev. :			
<small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)</small>										
Membre de la famille	Nom(s)	N° :	Numéro d'identité national :	Identifiant du laboratoire :	Lien	Type d'échantillon :	Date prélev. :			
<small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)</small>										
Membre de la famille	Nom(s)	N° :	Numéro d'identité national :	Identifiant du laboratoire :	Lien	Type d'échantillon :	Date prélev. :			
<small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)</small>										
Autres échantillons de comparaison sur la page 10b      1 <input type="checkbox"/> Non      2 <input type="checkbox"/> Oui										
Les profils obtenus sont enregistrés dans le champ 825.										

<b>Renseignements recueillis par</b>	Titre / grade :	:	Signature / date
	Nom :	:	
	Adresse :	:	
	Tél. / Courriel :	:	

Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : 

Jour		Mois		Année		Âge		Homme	Femme	Autre	Inconnu								



<p><b>Renseignements recueillis par</b></p> <p>Titre / grade : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Tél. / Courriel : _____</p>	<p>Signature / date</p>
---	-------------------------

Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu

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

ODONTOLOGIE				a	b	c	
600	<b>Dentiste / Établissement</b>  Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel  01 Concernant la période  02 Pièce(s) jointe(s)	Dossiers 1 <input type="checkbox"/>	De : _____ À : _____				
		Radios 1 <input type="checkbox"/>	Moulages 2 <input type="checkbox"/> Photos 3 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/>				
605	<b>Dentiste / Établissement</b>  Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel  01 Concernant la période  02 Pièce(s) jointe(s)	Dossiers 1 <input type="checkbox"/>	De : _____ À : _____				
		Radios 1 <input type="checkbox"/>	Moulages 2 <input type="checkbox"/> Photos 3 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/>				
615	<b>Images dentaires disponibles</b>	1 Numériques	2 Nombre	3 Non num.	4 Nombre		
		01 Périapicales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		02 Interproximales (bite wing)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		03 Orthopantomographiques	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		04 Tomodensitométriques (scanner, CBCT)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		05 Autre(s) radiographie(s)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
06 Photographies	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
620	<b>Autres matériels</b>						

<b>Renseignements recueillis par</b>	Titre / grade :	:	<i>Signature / date</i>
	Nom :	:	
	Adresse :	:	
	Tél. / Courriel :	:	

Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : 

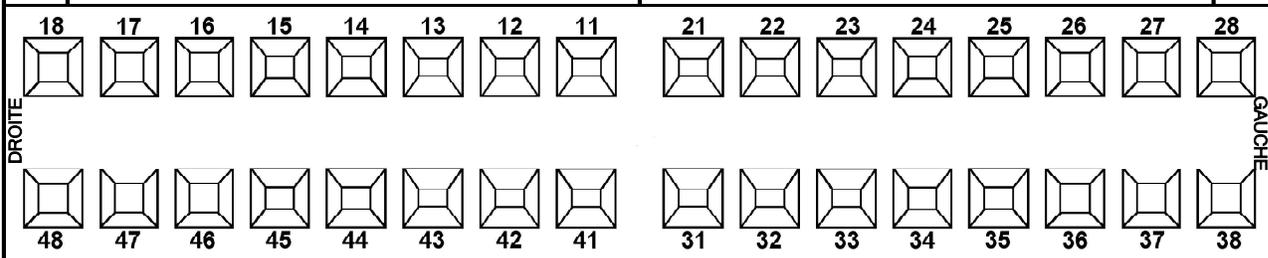
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

**ODONTOLOGIE**

**630 Observations dentaires (pour la dentition primaire, modifier le code FDI correspondant)**

11		21
12		22
13		23
14		24
15		25
16		26
17		27
18		28



48		38
47		37
46		36
45		35
44		34
43		33
42		32
41		31

<b>635</b>	<b>Particularités</b>	1 <input type="checkbox"/> Couronne(s)      2 <input type="checkbox"/> Bridge(s)      3 <input type="checkbox"/> Implant(s) 4 <input type="checkbox"/> Prothèse(s)      5 <input type="checkbox"/> Autre	a	b	c
<b>640</b>	<b>Autres observations</b>	1 <input type="checkbox"/> Occlusion      2 <input type="checkbox"/> Attrition      3 <input type="checkbox"/> État du parodonte 4 <input type="checkbox"/> Surnuméraires      5 <input type="checkbox"/> Taches      6 <input type="checkbox"/> Autre			
<b>645</b>	<b>Type de dentition</b>	1 <input type="checkbox"/> Dentition primaire      2 <input type="checkbox"/> Dentition mixte      3 <input type="checkbox"/> Dentition permanente			
<b>650</b>	<b>Contrôle qualité</b>	Date : _____ Signature : _____ Odontologiste médical 1 Nom : _____ Date : _____ Signature : _____ Odontologiste médical 2 (si disponible) Nom : _____			

<b>Renseignements recueillis par</b>	Signature / date
Titre / grade : _____	
Nom : _____	
Adresse : _____	
Tél. / Courriel : _____	

Nom de famille : ..... N° AM : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : .....

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

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (si relatifs à des données précitées, indiquer num. de champ et point).**

700	1 N° champ : 2	Description

Nom de famille : \_\_\_\_\_ N° AM : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu

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

ANNEXE ADN				a	b	c
810	Laboratoire d'analyse	Nom : _____ Adresse : _____ Date prélev. : _____	Courriel : _____			
815	Norme(s) utilisée(s) dans le laboratoire	Accréditation selon : _____ Non accrédité 1 <input type="checkbox"/>				
820	Kit(s) STR utilisé(s)	Nom(s) du(des) kit(s) utilisé(s) : _____				
825	ADN	Comp. directe 1 <input type="checkbox"/>	Comp. familiale 2 <input type="checkbox"/>	Numéro de référence : _____		
	VWA			D6S1043		
	TH01			DYS391		
	D21S11			DYS576		
	FGA			DYS570		
	D8S1179			Yindel		
	D3S1358					
	D18S51					
	Amélogénine					
	TPOX					
	CSF1PO					
	D13S317					
	D7S820					
	D5S818					
	D16S539					
	D2S1338					
	D19S433					
	Penta D					
	Penta E					
	D1S1656					
D2S441						
D10S1248						
D22S1045						
D12S391						
SE33						
<i>Pour ajouter toute information autre que les marqueurs ci-dessus, utiliser la colonne c, page 700 « Renseignements complémentaires ».</i>						

830 Page supplémentaire concernant le profil génétique (805 - 825) 1  Non 2  Oui

Renseignements recueillis par	Titre / grade :	:	Signature / date
	Nom :	:	
	Adresse :	:	
	Tél. / Courriel :	:	

Nom de famille :

N° AM :

Prénom(s) :

Date de naissance :

<i>Jour</i>	<i>Mois</i>	<i>Année</i>	<i>Âge</i>	<i>Homme</i>	<i>Femme</i>	<i>Autre</i>	<i>Inconnu</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

835 ANNEXE - SCHÉMA DU CORPS (facultatif)

