

Nom de famille: N° AM:

Prénom(s):

Date de naissance: Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre(s) 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° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail	B.C.N. INTERPOL: Dossier N° :		
105	Rens. donnés par Nom Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail Lien	Date:		
110	Rens. donnés à Nom Rue / N° 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	Pièces jointes Com		Observations
		Non disponible	
Données administratives (champs 1xx)			
Données nominatives (champs 2xx)			
Effets personnels (champs 3xx)			
Description du corps (champs 4xx)			
Données médico-légales (champs 5xx)			
Odontologie (champs 6xx)			
Renseignements complémentaires (champs 7xx)			
Annexe (champs 8xx) (facultatif)			

Nom de famille: N° AM: _____
 Prénom(s):

Date de naissance:

Journal Mois Année Âge Homme Femme Autre(s) Inconnu

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 Date de naissance Lieu de naissance	Prénom(s): 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"/> <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: _____ Pays: _____		
215	Nationalité	Pays: _____ Nationalités multiples: _____		
220	Lieu de naissance	Lieu: _____ Pays: _____		
225	Numéro d'identité nationale Numéro Pays de délivrance	_____ Saisir le code ISO 3166-1 alpha-3 ("AUS" pour l'Australie, par exemple).		
230	Situation de famille Célibataire : voir 115	Fiancé(e) (date) 1 <input type="text"/> _____ Concubinage 2 <input type="text"/> _____ Marié(e) (date) 3 <input type="text"/> _____ Divorcé(e) 4 <input type="text"/> _____ Veuf (veuve) 5 <input type="text"/> _____		
235	Profession			
238	Adresse du domicile Rue / N° Postal / Ville État / Pays			
240	Adresse postale actuelle Rue / N° Postal / Ville État / Pays			
241	Numéro(s) de téléphone portable			
243	Présence sur Internet 01 Adresses électroniques 02 Médias sociaux Détails tels que plateforme, nom du profil et informations sur le compte.			
245	Religion	Non 1 <input type="text"/> Oui (préciser): 2 <input type="text"/> _____		

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 Autre(s) 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 01 À affichage numérique 02 Analogique 03 Montre numérique/analogique 04 Montre intelligente 04 Montre bracelet, portée à 05 Bracelet / chaîne de montre 06 Autre type de montre	N°: 1	2	3	4	5					
		1	2	3	4	5					
		Gauche		Droite		À l'extérieur		À l'intérieur			
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>			
		Cuir		Métal		Caoutchouc		Autre(s) (préciser):			
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>			
Portée à:		_____									
315	Lunettes 01 Monture 02 Verres 03 Forme des verres 04 Matériau / type de verres	1	2	3	4	5					
		1	2	3	4	5					
		À teinte variable		Teintés							
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/> Non		3 <input type="checkbox"/> Oui (préciser): _____					
		Ronds		Ovales		Carrés		Semi-cerclés		Monture invisible Cerclés	
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Verre		Polycarbonate		Double foyer		Progressifs					
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>					
320	Lentilles de contact	Non	Oui (préciser si elles sont colorées): _____								
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>								
325	Prothèse(s) auditive(s) 01 À gauche 02 À droite	Non	Oui (préciser): _____			N° de série: _____					
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>			_____					
		Non	Oui (préciser): _____			N° de série: _____					
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>			_____					
330	Prothèse(s) externe(s)	Non	Oui (préciser): _____			N° de série: _____					
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>			_____					
335	Bijou(x) 01 Bracelet(s) de cheville 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/style".	N°: 1	2	3	4	5					
		1	2	3	4	5					
		Type/style		Couleur dominante		Matière		Inscription		Portés à	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes: Noir, Bleu, Marron, Vert, Gris, Orange, Rose, Violet, Rouge, Blanc, Jaune, Inconnu.

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

Nom de famille: N° AM:

Prénom(s):

Date de naissance:

Jour *Mois* *Année* *Âge* *Homme* *Femme* *Autre(s)* *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	N°:	1 <i>Nationalité</i>	2 <i>Numéro</i>	3 <i>Détails</i>	4 <i>Biométrie</i>	5 <i>Puce</i>					
		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".										
345	Effets personnels	N°:	1 <i>Marque</i>	2 <i>Modèle</i>	3 <i>Couleur dominante</i>	4 <i>Matière</i>	5 <i>N° de série</i>	6 <i>Inscriptions</i>				
		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".										
350	Appareil(s) électronique (s)	N°:	1 <i>Marque</i>	2 <i>Modèle</i>	3 <i>Couleur dominante</i>	4 <i>Matière</i>	5 <i>N° de série</i>	6 <i>Inscriptions</i>				
		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".										

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes: Noir, Bleu, Marron, Vert, Gris, Orange, Rose, Violet, Rouge, Blanc, Jaune, Inconnu.

Renseignements recueillis par	Titre / Grade :	<i>Signature / Date</i>
	Nom :	
	Adresse :	
	Téléphone / E-mail :	

Nom de famille: N° AM:

Prénom(s):

Date de naissance: Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre(s) 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 _____ pouce / Max _____ pieds _____ pouce				
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	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"/>					
	01 Type	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"/>				
	02 Longueur	Rasés 4 <input type="checkbox"/>				
	03 Teinture (couleur)	Non/inconnue 1 <input type="checkbox"/> Mèches 2 <input type="checkbox"/>				
		Blond 3 <input type="checkbox"/> Châtain 4 <input type="checkbox"/> Noir 5 <input type="checkbox"/> Rouge 6 <input type="checkbox"/>				
		Gris 7 <input type="checkbox"/> Blanc 8 <input type="checkbox"/> Poivre et sel 9 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser): 10 <input type="text"/>				
		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"/>				
		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"/>				
	04 Couleur naturelle	Décrire (utiliser la page Rens. compl. (700) pour des précisions): _____				
	05 Calvitie					
	06 Particularité(s)					

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

Nom de famille: N° AM:

Prénom(s):

Date de naissance: Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre(s) Inconnu

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"/> G D Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Strasbisme conv. Strabisme div. 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 Oeil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Bordeaux 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Autre(s) (préciser): 4 <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"/>
440	Oreilles 01 Lobes / percées 02 Particularité(s)	Attachés 1 <input type="checkbox"/> Non	Percées - préciser le nombre de trous 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	Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir	Asiatique 3 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser): 4 <input type="checkbox"/> Mixte (préciser): 5 <input type="checkbox"/>
480	Empreintes digitales 01 Nombre d'empreintes relevées 02 Format 03 Technique de révélation technique	N°: Relevé classique 1 <input type="checkbox"/>	Photo num. 2 <input type="checkbox"/> Poudre 1 <input type="checkbox"/>	Photo 35mm 3 <input type="checkbox"/> Produits chimiqu 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 Autre(s) Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

ODONTOLOGIE				a	b	c		
600	Dentiste/établissement Nom Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail							
		01 Concernant la période	Dossiers 1 <input type="checkbox"/>	De : _____	À : _____			
	02 Pièce(s) jointe(s)	Radiographies 1 <input type="checkbox"/>	Moulages 2 <input type="checkbox"/>	Photos 3 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser): 4 <input type="checkbox"/>			
605	Dentiste/établissement Nom Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail							
		01 Concernant la période	Dossiers 1 <input type="checkbox"/>	De : _____	À : _____			
	02 Pièce(s) jointe(s)	Radiographies 1 <input type="checkbox"/>	Moulages 2 <input type="checkbox"/>	Photos 3 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser): 4 <input type="checkbox"/>			
615	Images dentaires disponibles	1 Numériques	2 Nombre	3 Non numériques	4 Nombre			
		01 Périapicale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		02 Interproximale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		03 Orthopantomographie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		04 Tomodensitométrie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		05 Autres radiographies	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	06 Photographies	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
620	Autres matériels							

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

Nom de famille: N° AM: _____
 Prénom(s):

Date de naissance: Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre(s) 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 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°: _____		
	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 :	Signature / Date
	Nom :	
	Adresse :	
	Téléphone / E-mail :	

Nom de famille: N° AM: _____

Prénom(s):

Date de naissance:

Jour		Mois		Année		Âge	Homme	Femme	Autre(s)	Inconnu

835 ANNEXE SCHÉMA DU CORPS (facultatif)

