

**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
<b>100</b>	<b>Service responsable</b>  Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail	B.C.N. INTERPOL :  Dossier N° :		
<b>105</b>	<b>Rens. donnés par</b>  Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail <b>Lien</b>	Date : _____		
<b>110</b>	<b>Rens. donnés à</b>  Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail <b>Lien</b>	1 <input type="checkbox"/> voir 105		
<b>115</b>	<b>Partenaire de vie</b> Si non célibataire, voir 230	Célib. - Sinon : Prénom / Deuxième prénom / Nom de la personne : 1 <input type="checkbox"/> _____		
<b>120</b>	<b>Empreintes digitales relevées ?</b>  01 Source	1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui Où : _____ Préciser : _____ Date : _____		
<b>125</b>	<b>Si non, est-il possible de les relever au domicile de la personne, sur son lieu de travail ou ailleurs ?</b>  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)			

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

<b>Renseignements recueillis par</b> 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	
<b>300 Vêtements</b>	<b>N° :</b> 1	Type	2	Couleur	3	Marque	4	Matière			
	<b>Tête et cou</b>										
	101 Coiffure										
	102 Écharpe										
	103 Cravate										
	199 Autre										
	<b>Haut du corps et bras</b>										
	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										
	<b>Bas du corps et jambes</b>										
301 Ceinture											
302 Short											
303 Jupe											
304 Chaussettes											
305 Bas											
306 Maillot de bain											
307 Collants											
308 Pantalon											
309 Sous-vêtements											
399 Autre											
<b>Corps entier</b>											
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 ».											
<b>305 Chaussures</b>	<b>N° :</b> 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.

<b>Renseignements recueillis par</b>	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
<b>310 Montre</b>	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="checkbox"/>					
06 Autre type de montre	<i>Portée à :</i> _____									
<b>315 Lunettes</b>	1	2	3	4	5					
	01 Monture									
	02 Verres	<i>À teinte variable</i> Teintés 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Non 3 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) :								
	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"/>					
<b>320 Lentilles de contact</b>	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui (préciser si elles sont colorées) :</i> 2 _____							
	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui (préciser) :</i> 2 _____							
<b>325 Prothèse(s) auditive(s)</b>	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui (préciser) :</i> 2 _____			<i>N° de série :</i> _____				
	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui (préciser) :</i> 2 _____			<i>N° de série :</i> _____				
<b>330 Prothèse(s) externe(s)</b>	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui (préciser) :</i> 2 _____					<i>N° de série :</i> _____		
	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui (préciser) :</i> 2 _____					<i>N° de série :</i> _____		
<b>335 Bijou(x)</b>	N° : 1	2	3	4	5					
	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 ».										

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

<b>Renseignements recueillis par</b>	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
<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 ».	<b>N° :</b>	<b>1</b> <i>Nationalité</i>	<b>2</b> <i>Numéro</i>	<b>3</b> <i>Détails</i>	<b>4</b> <i>Biométrie</i>	<b>5</b> <i>Puce</i>				
<b>345 Effets personnels</b>  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 ».	<b>N° :</b>	<b>1</b> <i>Marque</i>	<b>2</b> <i>Modèle</i>	<b>3</b> <i>Couleur</i>	<b>4</b> <i>Matière</i>	<b>5</b> <i>N° de série</i>	<b>6</b> <i>Inscriptions</i>			
<b>350 Appareil(s) électronique(s)</b>  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 ».	<b>N° :</b>	<b>1</b> <i>Marque</i>	<b>2</b> <i>Modèle</i>	<b>3</b> <i>Couleur</i>	<b>4</b> <i>Matière</i>	<b>5</b> <i>N° de série</i>	<b>6</b> <i>Inscriptions</i>			

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

<b>Renseignements recueillis par</b> 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	
<b>404 Signes particuliers</b>	<b>N° : 1</b> Cicatrice(s)	<b>2</b> Piercing(s)	<b>3</b> Tatouage(s)			
	<b>Tête et cou</b>					
	01 Tête					
	02 Cou					
	<b>Torse</b>					
	03 Torse : face antérieure					
	04 Torse : face postérieure					
	05 Parties génitales					
	06 Fesses					
	<b>Membres supérieurs</b>					
	07 Bras droit					
	08 Bras gauche					
	09 Avant-bras droit					
10 Avant-bras gauche						
11 Main droite						
12 Main gauche						
<b>N° : 4</b> Marque(s) cutanée(s)			<b>5</b> Malformation(s)	<b>6</b> Amputation(s)		
<b>Membres inférieurs</b>						
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						
<b>408 Taille</b>	Min. _____ cm / Max. _____ cm	Min. _____ pieds _____ pouces / Max. _____ pieds _____ pouces				
<b>412 Poids</b>	Min. _____ kg / Max. _____ kg	Min. _____ livres / Max. _____ livres				
<b>416 Corpulence</b>	Mince 1 <input type="checkbox"/> Moyenne 2 <input type="checkbox"/> Forte 3 <input type="checkbox"/>					
<b>420 Cheveux</b>	<b>01 Type</b>	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"/>				
	<b>02 Longueur</b>	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"/>				
	<b>03 Teinture (couleur)</b>	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"/>				
	<b>04 Couleur naturelle</b>	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"/>				
	<b>05 Calvitie</b>	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"/>				
	<b>06 Particularité(s)</b>	Décrire (utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : _____				

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

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

DESCRIPTION (signalement + empreintes digitales)	a	b	c														
<b>424 Sourcils</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>428 Yeux</b> 01 Couleur (Gauche et Droite) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Marron 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: small;">Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: small;">Bordeaux 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: small;">Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 02 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Strabisme conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Strabisme div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Oeil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Autre(s) (préciser) : 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marron 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bordeaux 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Strabisme conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Strabisme div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oeil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) : 5 <input type="checkbox"/>					
Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marron 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bordeaux 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
Strabisme conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Strabisme div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oeil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) : 5 <input type="checkbox"/>														
<b>432 Nez</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>436 Pilosité faciale</b> 01 Type <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Glabre 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;">Moustache 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;">Bouc 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;">Favoris 4 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;">Barbe 5 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;">Autre (préciser à la page 700) 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 02 Couleur <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Blond 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Châtain 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Noir 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Roux 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Gris 5 <input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: small;">Blanc 6 <input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: small;">Poivre et sel 7 <input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: small;">Autre(s) (préciser) : 8 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Glabre 1 <input type="checkbox"/>	Moustache 2 <input type="checkbox"/>	Bouc 3 <input type="checkbox"/>	Favoris 4 <input type="checkbox"/>	Barbe 5 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser à la page 700) 6 <input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>			
Glabre 1 <input type="checkbox"/>	Moustache 2 <input type="checkbox"/>	Bouc 3 <input type="checkbox"/>	Favoris 4 <input type="checkbox"/>	Barbe 5 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser à la page 700) 6 <input type="checkbox"/>												
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="checkbox"/>														
<b>440 Oreilles</b> 01 Lobes / percées <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Attachés 1 <input type="checkbox"/> Non</td> <td style="width: 33%;">Percées - préciser le nombre de trous 2 <input type="checkbox"/> Oui</td> <td style="width: 34%;">3 <input type="checkbox"/> Gauche</td> <td style="width: 34%;">4 <input type="checkbox"/> Droite</td> </tr> </table> 02 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Attachés 1 <input type="checkbox"/> Non	Percées - préciser le nombre de trous 2 <input type="checkbox"/> Oui	3 <input type="checkbox"/> Gauche	4 <input type="checkbox"/> Droite	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>											
Attachés 1 <input type="checkbox"/> Non	Percées - préciser le nombre de trous 2 <input type="checkbox"/> Oui	3 <input type="checkbox"/> Gauche	4 <input type="checkbox"/> Droite														
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>444 Bouche / dents</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>448 Lèvres</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>452 Menton</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>456 Cou</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>460 Mains / ongles</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>464 Pieds / ongles</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>468 Pilosité corps / pubis</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>																
<b>472 Circoncision</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Non 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Oui 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> </table>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>															
Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>																
<b>476 Ascendance</b> 01 Particularité(s) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Européenne 1 <input type="checkbox"/> Blanc</td> <td style="width: 25%;">Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir</td> <td style="width: 25%;">Asiatique 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Autre(s) (préciser) : 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Mixte (préciser) : 5 <input type="checkbox"/>	Européenne 1 <input type="checkbox"/> Blanc	Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir	Asiatique 3 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) : 4 <input type="checkbox"/>													
Européenne 1 <input type="checkbox"/> Blanc	Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir	Asiatique 3 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) : 4 <input type="checkbox"/>														
<b>480 Empreintes digitales</b> 01 Nombre d'empreintes relevées 02 Format 03 Technique de révélation <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">N° : _____</td> <td style="width: 25%;">Relevé classique 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Photo num. 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Photo 35 mm 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Autre(s) (préciser) : 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="font-size: small;">Poudre 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: small;">Produits chimiques 2 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="font-size: small;">Autre(s) (préciser) : 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	N° : _____	Relevé classique 1 <input type="checkbox"/>	Photo num. 2 <input type="checkbox"/>	Photo 35 mm 3 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) : 4 <input type="checkbox"/>		Poudre 1 <input type="checkbox"/>	Produits chimiques 2 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) : 3 <input type="checkbox"/>								
N° : _____	Relevé classique 1 <input type="checkbox"/>	Photo num. 2 <input type="checkbox"/>	Photo 35 mm 3 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) : 4 <input type="checkbox"/>													
	Poudre 1 <input type="checkbox"/>	Produits chimiques 2 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser) : 3 <input type="checkbox"/>														

<b>Renseignements</b> 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	<b>Médecin de famille</b> Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail					
		505	<b>Dossier médical</b> N° : 1 <i>Préciser</i>  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) <b>Dépendance(s)</b> 20 Alcool 21 Médicaments 22 Stupéfiants 23 Tabac  <b>Maladie(s) infectieuse(s)</b> 30 SIDA / VIH 31 Hépatite 32 Tuberculose 33 Autre(s)  <b>Pour les femmes</b> 40 Accouchement(s) 41 Hystérectomie(s) 42 Dispositif intra-utérin 43 Grossesse	N° : 1 <i>Préciser</i>		
515	<b>Implant(s)</b> 01 Implant(s) mammaire(s) 02 Stimulateur cardiaque 03 Pompe à insuline 04 Autre(s) implant(s)			N° : 1 <i>Préciser</i> : 2 <i>N° de série</i>		
520	<b>Prothèse(s)</b>	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____				
525	<b>Autres appareils artificiels</b>	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____				
530	<b>Ablation d'organe(s)</b>	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____				

<b>Renseignements</b> 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

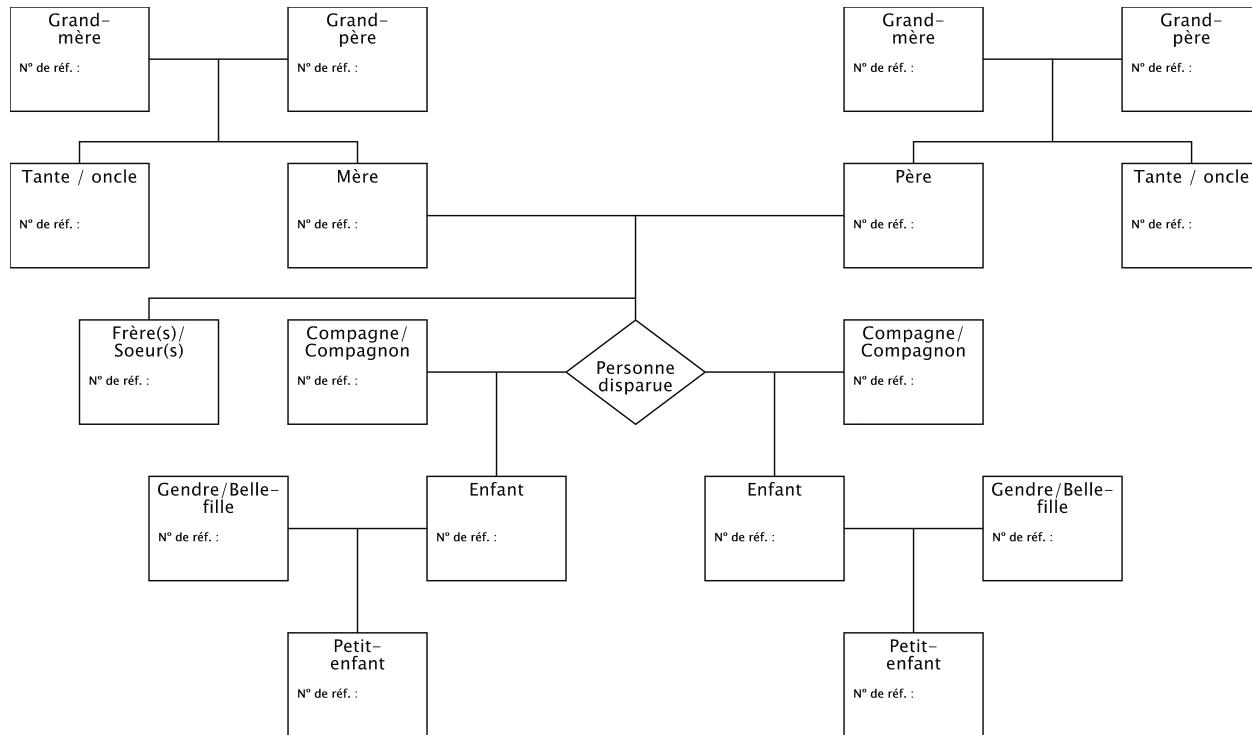
b = Pièce jointe

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

DONNÉES MÉDICALES (informations génétiques)				a	b	c
555	<b>Éléments de référence</b> 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 : _____		

<b>Renseignements</b> 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)

ODONTOLOGIE				a	b	c	
600	<b>Dentiste / Établissement</b>						
	Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail  01 Concernant la période <input type="checkbox"/> 02 Pièce(s) jointe(s) <input type="checkbox"/>	<i>Dossiers</i> <i>De :</i> _____ <i>À :</i> _____ <input type="checkbox"/> <i>Radiographies Moulages Photos Autre(s) (préciser) :</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
605	<b>Dentiste / Établissement</b>						
	Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Téléphone / e-mail  01 Concernant la période <input type="checkbox"/> 02 Pièce(s) jointe(s) <input type="checkbox"/>	<i>Dossiers</i> <i>De :</i> _____ <i>À :</i> _____ <input type="checkbox"/> <i>Radiographies Moulages Photos Autre(s) (préciser) :</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
615	<b>Images dentaires disponibles</b>	<b>1 Numériques</b>	<b>2 Nombre</b>	<b>3 Non num.</b>	<b>4 Nombre</b>		
	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	<b>Autres matériels</b>						

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

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

a = Données non disponibles

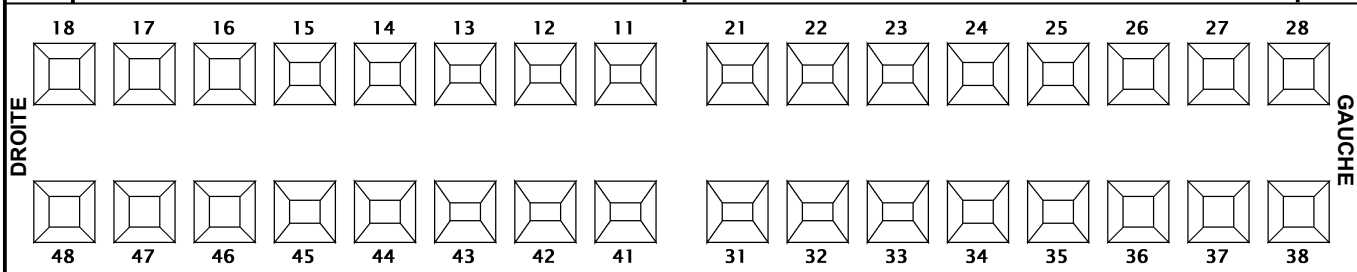
b = Pièce jointe

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

**ODONTOLOGIE**

**630 Résultats 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 Renseignements particuliers</b> 01 Préciser	<input type="checkbox"/> Couronne(s)	<input type="checkbox"/> Bridge(s)			<input type="checkbox"/> Implant(s)
	<input type="checkbox"/> Prothèse(s)	<input type="checkbox"/> Autre(s)			

<b>640 Autres observations</b> 01 Préciser	<input type="checkbox"/> Occlusion	<input type="checkbox"/> Attrition			<input type="checkbox"/> État du parodonte
	<input type="checkbox"/> Surnuméraires	<input type="checkbox"/> Taches			<input type="checkbox"/> Autre(s)

<b>645 Type de dentition</b> 01 Préciser	<input type="checkbox"/> Dentition primaire	<input type="checkbox"/> Dentition mixte			<input type="checkbox"/> Dentition permanente

<b>650 Contrôle qualité</b> 1er dentiste légiste	Date :	Signature :		
	Nom du 1er dentiste :			
	Date :		Signature :	
	Nom du 2ème dentiste :			

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





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

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (s'ils se rapportent à des données notées précédemment, indiquer le numéro du champ).**

700	1 N° champ	2 Description

**705** Renseignements complémentaires (700) 1  Non 2  Oui



**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	<b>Laboratoire d'analyse</b>	Nom : _____ e-mail : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Date du prélèvement : _____				
815	<b>Norme(s) utilisée(s) dans le laboratoire</b>	Agrément : _____ Non agréé 1 <input type="checkbox"/>				
820	<b>Kit(s) STR utilisé(s)</b>	Nom(s) du(des) kit(s) utilisé(s) : _____				
825	<b>ADN</b>	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					

<b>Renseignements recueillis par</b>	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)

