

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	<b>Service responsable</b>  Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail	B.C.N. INTERPOL:  Dossier N° :		
105	<b>Rens. donnés par</b>  Nom Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail  Lien	Date: .....		
110	<b>Rens. donnés à</b>  Nom Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail  Lien	1 <input type="checkbox"/> voir 105		
115	<b>Partenaire de vie</b> Si non célibataire, voir 230	Célib. - Sinon : Prénom- / Deuxième prénom / Nom de la personne 1 <input type="checkbox"/>		
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 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	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:

*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					
<b>300 Vêtements</b>	<b>N°:</b>	<b>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													
	102 Écharpe													
	103 Cravate													
	199 Autre													
	<b>Haut du corps et bras</b>													
	201 Chemisier													
	202 Bretelles													
	203 Soutien-gorge													
	204 Gilet													
	205 Veste/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 « 99 Autre », merci de renseigner la colonne 1 « Type/style ».														
<b>305 Chaussures</b>	<b>N°:</b>	<b>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 chaussure dans la colonne "1 Type/style", par exemple : chaussures de sport, sandales														

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

<b>Renseignements recueillis par</b>	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)

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"/>	

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		
<b>340</b>	<b>Pièce(s) d'identité</b>	<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>					
		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>345</b>	<b>Effets personnels</b>	<b>N°:</b>	<b>1</b> <i>Marque</i>	<b>2</b> <i>Modèle</i>	<b>3</b> <i>Couleur dominante</i>	<b>4</b> <i>Matière</i>	<b>5</b> <i>N° de série</i>	<b>6</b> <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".										
<b>350</b>	<b>Appareil(s) électronique (s)</b>	<b>N°:</b>	<b>1</b> <i>Marque</i>	<b>2</b> <i>Modèle</i>	<b>3</b> <i>Couleur dominante</i>	<b>4</b> <i>Matière</i>	<b>5</b> <i>N° de série</i>	<b>6</b> <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.

<b>Renseignements recueillis par</b>	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)				
	<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							
N°: 4 Marque(s) cutanée(s)			5 Malformation(s)	6 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							
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		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	Rouge		
	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>		
	Gris		Blanc	Poivre et sel	Autre(s) (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(s) (préciser):			
5 <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			
Partielle		Totale	Frontale	Latérale	Tonsure		
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
06 Particularité(s) Décrire (utiliser la page Rens. compl. (700) pour des précisions):							

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	<b>Sourcils</b> 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	<b>Yeux</b> 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	<b>Nez</b> 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	<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"/>
440	<b>Oreilles</b> 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	<b>Bouche/dents</b> 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	<b>Lèvres</b> 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	<b>Menton</b> 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	<b>Cou</b> 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	<b>Mains/ongles</b> 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	<b>Pieds/ongles</b> 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	<b>Pilosité corps/pubis</b> 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	<b>Circoncision</b>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	
476	<b>Ascendance</b>	Européenne 1 <input type="checkbox"/> Blanc	Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir	Asiatique 3 <input type="checkbox"/>
		Mixte (préciser): 5 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser): 4 <input type="checkbox"/>	
480	<b>Empreintes digitales</b> 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"/>	Photo 35mm 3 <input type="checkbox"/>
		Poudre 1 <input type="checkbox"/>	Produits chimiqu 2 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser): 3 <input type="checkbox"/>

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)

DONNEES MEDICALES			a	b	c	
500	<b>Médecin de famille</b> Nom Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail	Indiquer les autres médecins à la page « Rens. compl. » (700).				
505	<b>Dossier médical</b>  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)  <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 Préciser				
		515	<b>Implants</b> 01 Implant(s) mammaire(s) 02 Stimulateur cardiaque 03 Pompe à insuline 04 Autre(s) implant(s)	N°: 1 Préciser 2 N° de série		
520	<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 : recueilis par 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)

Données médico-légales (infos. ADN)				a	b	c	
555	Éléments de référence Personne disparue 02 Biobanque 03 Effets personnels	N°: 1	Préciser	2	Date prélevement	3	Identifiant du laboratoire

### 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).

**Branche maternelle**

Grand-mère (N° de réf.:) — Grand-père (N° de réf.:)

Tante/oncle (N° de réf.:) — Mère (N° de réf.:)

Frère(s)/Soeur(s) (N° de réf.:) — Compagne/Compagnon (N° de réf.:)

Gendre/Belle-fille (N° de réf.:) — Enfants (N° de réf.:)

Petit-enfant (N° de réf.:)

**Branche paternelle**

Grand-mère (N° de réf.:) — Grand-père (N° de réf.:)

Père (N° de réf.:) — Tante/oncle (N° de réf.:)

Compagne/Compagnon (N° de réf.:)

Enfants (N° de réf.:) — Gendre/Belle-fille (N° de réf.:)

Petit-enfant (N° de réf.:)

**Personne disparue**

Remarque : Les échantillons d'ADN des membres de la famille proches, c'est-à-dire des parents (notamment de la mère) ou des enfant, sont plus utiles que ceux de membres de la famille éloignés.

<b>Renseignements</b> Titre / Grade : recueilis par 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)

Données médico-légales (infos. ADN)			a	b	c
560	N° de référence du membre de la famille N°: Lien <small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique)</small>	Nom(s) : _____ Numéro d'identité national _____ Identifiant du laboratoire: _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèvement: _____			
	N° de référence du membre de la famille N°: Lien <small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique)</small>	Nom(s) : _____ Numéro d'identité national _____ Identifiant du laboratoire: _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèvement: _____			
	N° de référence du membre de la famille N°: Lien <small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique)</small>	Nom(s) : _____ Numéro d'identité national _____ Identifiant du laboratoire: _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèvement: _____			
	N° de référence du membre de la famille N°: Lien <small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique)</small>	Nom(s) : _____ Numéro d'identité national _____ Identifiant du laboratoire: _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèvement: _____			
	N° de référence du membre de la famille N°: Lien <small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique)</small>	Nom(s) : _____ Numéro d'identité national _____ Identifiant du laboratoire: _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèvement: _____			
	N° de référence du membre de la famille N°: Lien <small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique)</small>	Nom(s) : _____ Numéro d'identité national _____ Identifiant du laboratoire: _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèvement: _____			
	N° de référence du membre de la famille N°: Lien <small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique)</small>	Nom(s) : _____ Numéro d'identité national _____ Identifiant du laboratoire: _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèvement: _____			
	N° de référence du membre de la famille N°: Lien <small>(Merci d'indiquer la référence de l'arbre généalogique)</small>	Nom(s) : _____ Numéro d'identité national _____ Identifiant du laboratoire: _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèvement: _____			

<b>Renseignements</b> Titre / Grade : _____ recueilis par 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	<b>Dentiste/établissement</b> 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	<b>Dentiste/établissement</b> 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	<b>Images dentaires disponibles</b>	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	<b>Autres matériels</b>							

<b>Renseignements</b> 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: \_\_\_\_\_

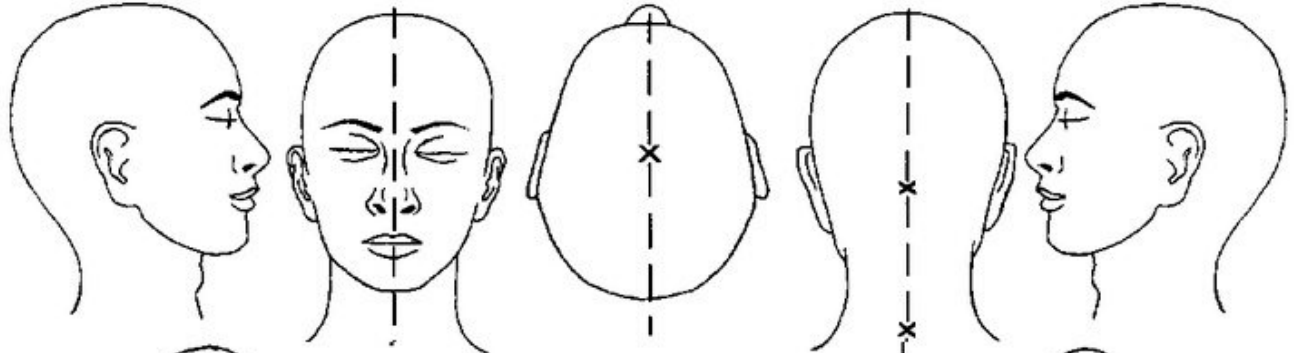
Prénom(s): .....

Date de naissance: 

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

*Jour*    *Mois*    *Année*    *Âge*    *Homme*    *Femme*    *Autre(s)*    *Inconnu*

835 ANNEXE SCHÉMA DU CORPS (facultatif)

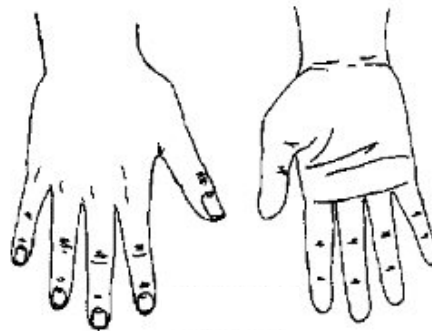
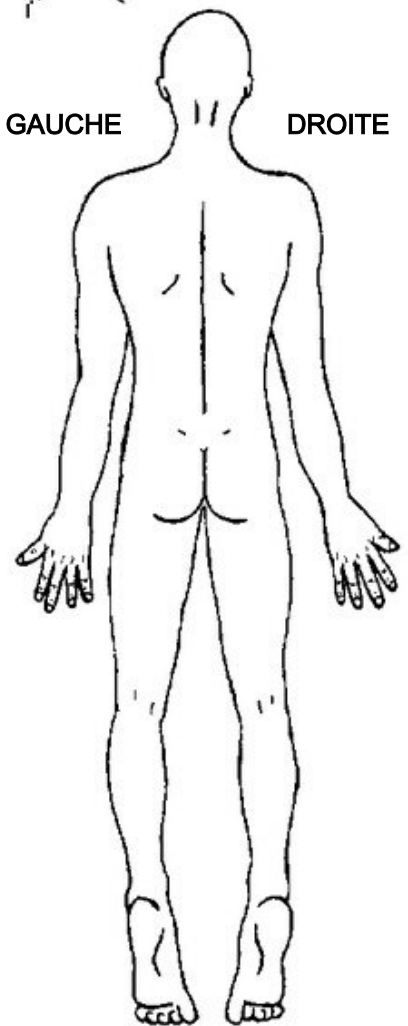
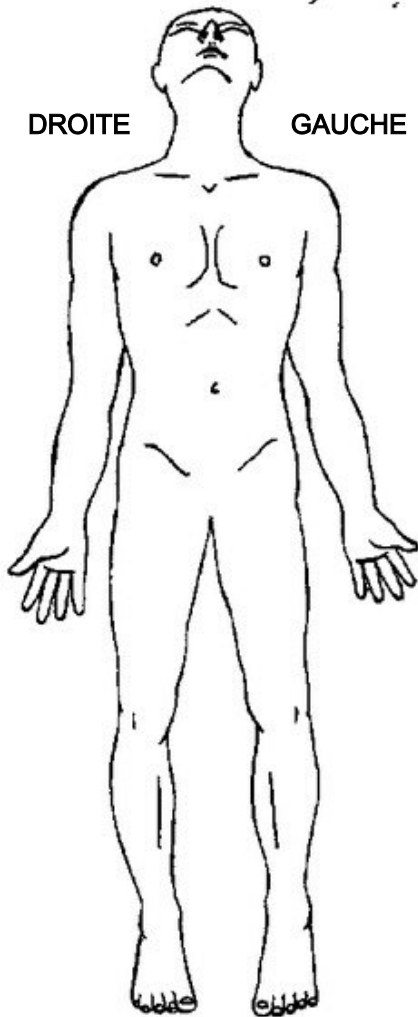


DROITE

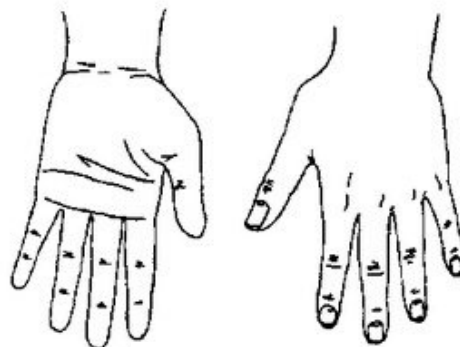
GAUCHE

GAUCHE

DROITE



DROITE



GAUCHE

