

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

Prénom(s): _____

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

Nature de la catastrophe: _____

Lieu de la catastrophe: _____

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

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

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

Nom de famille:	N° AM : _____

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

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

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

Prénom(s): _____

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

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

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

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

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

Prénom(s): _____

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

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

EFFETS PERSONNELS (portés par la personne ou transportés dans un bagage)								a	b	c
310 Montre	N° : 1	2	3	4	5					
	1 <i>Marque</i>		2 <i>Modèle</i>		3 <i>Couleur</i>		4 <i>Matière</i>		5 <i>Inscription</i>	
	01 À affichage numérique									
	02 Analogique									
	03 Numérique / analogique									
	04 Montre bracelet portée à		05 Bracelet / chaîne de montre		06 Autre type de montre					
<i>Gauche</i>		<i>Droite</i>		<i>À l'extérieur</i>		<i>À l'intérieur</i>				
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>				
<i>Cuir</i>		<i>Métal</i>		<i>Caoutchouc</i>		<i>Autre(s) (préciser) :</i>				
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>				
<i>Portée à :</i>										
315 Lunettes	1 <i>Marque</i>		2 <i>Modèle</i>		3 <i>Couleur</i>		4 <i>Matière</i>		5 <i>Inscription</i>	
	01 Monture									
	02 Verres		03 Forme des verres		04 Matériau / type de verres					
	<i>À teinte variable</i>		<i>Teintés</i>							
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/> <i>Non</i>		3 <input type="checkbox"/> <i>Oui (préciser) :</i>					
<i>Ronds</i>		<i>Ovales</i>		<i>Carrés</i>		<i>Semi-cerclés</i>		<i>Monture invisible</i>		
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>		
<i>Verre</i>		<i>Polycarbonate</i>		<i>Double foyer</i>		<i>Progressifs</i>				
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>				
320 Lentilles de contact	<i>Non</i>		<i>Oui (préciser si elles sont colorées) :</i>							
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>							
325 Prothèse(s) auditive(s)	<i>Non</i>		<i>Oui (préciser) :</i>		<i>N° de série :</i>					
	01 À gauche		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>					
	<i>Non</i>		<i>Oui (préciser) :</i>		<i>N° de série :</i>					
	02 À droite		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>					
330 Prothèse(s) externe(s)	<i>Non</i>		<i>Oui (préciser) :</i>		<i>N° de série :</i>					
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>							
335 Bijou(x)	N° : 1	2	3	4	5					
	1 <i>Type</i>		2 <i>Couleur</i>		3 <i>Matière</i>		4 <i>Inscription</i>		5 <i>Portés à</i>	
	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.

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

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

Prénom(s): _____

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

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

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

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

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

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

Prénom(s): _____

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

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

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

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

Prénom(s): _____

Date de naissance: *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 + empreintes digitales)		a	b	c				
424	Sourcils 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>					
428	Yeux 01 Couleur (Gauche et Droite) 02 Particularité(s)	Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Strabisme conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Strabisme div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Bordeaux 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Oeil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	Marron 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small> Autre(s) (préciser) : 5 <input type="checkbox"/>			
432	Nez 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>					
436	Pilosité faciale 01 Type 02 Couleur	Glabre 1 <input type="checkbox"/>	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"/>	
440	Oreilles 01 Lobes / percées 02 Particularité(s)	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				
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"/>			
480	Empreintes digitales 01 Nombre d'empreintes relevées 02 Format 03 Technique de révélation	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"/>				

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

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

Prénom(s): _____

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

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

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

Nom de famille: _____	N° AM : _____

Prénom(s): _____	

Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Jour</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Mois</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Année</i>	Âge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>

a = Données non disponibles

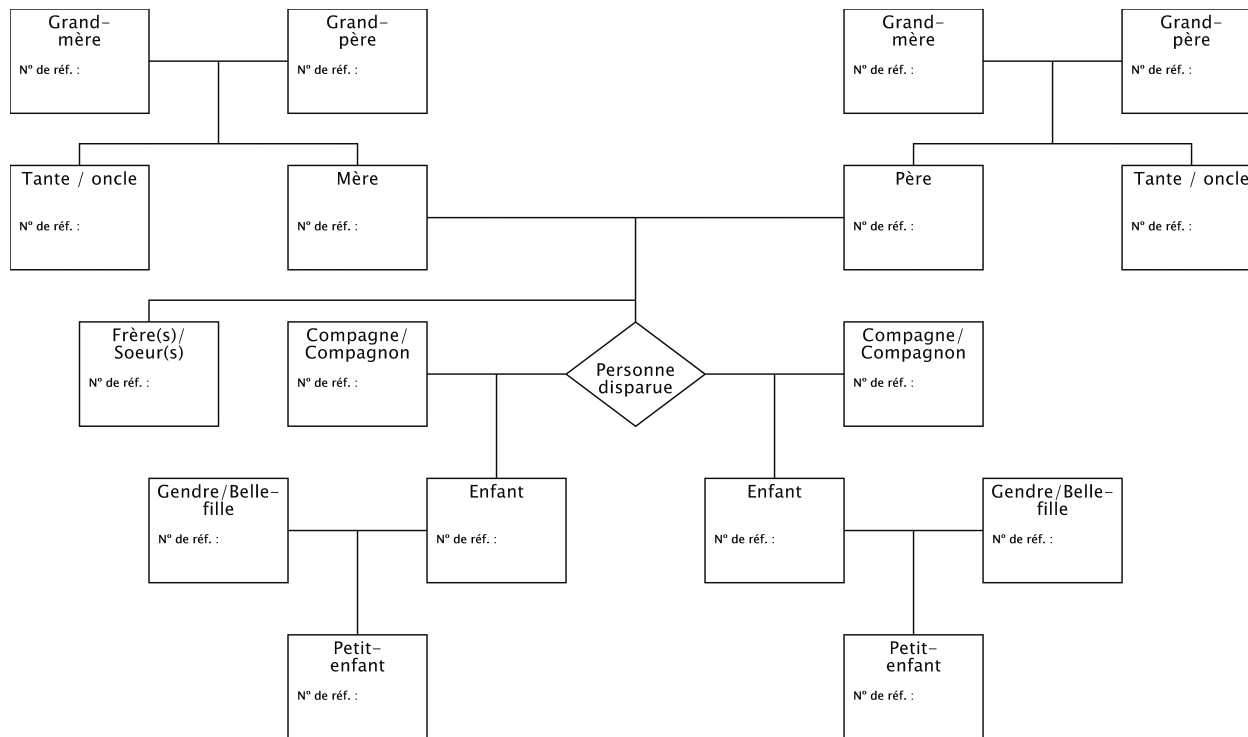
b = Pièce jointe

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

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

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

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

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

Prénom(s): _____

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

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

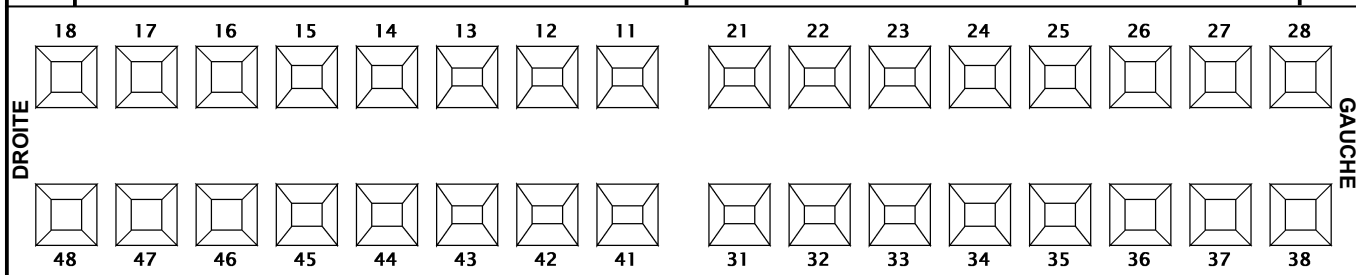
b = Pièce jointe

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

ODONTOLOGIE

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

635	Renseignements particuliers 01 Préciser	1 <input type="checkbox"/> Couronne(s)	2 <input type="checkbox"/> Bridge(s)	3 <input type="checkbox"/> Implant(s)	a	b	c
		4 <input type="checkbox"/> Prothèse(s)	5 <input type="checkbox"/> Autre(s)				
640	Autres observations 01 Préciser	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(s)			
645	Type de dentition 01 Préciser	1 <input type="checkbox"/> Dentition primaire	2 <input type="checkbox"/> Dentition mixte	3 <input type="checkbox"/> Dentition permanente			
650	Contrôle qualité 1er dentiste légiste	Date :	Signature :				
		Nom du 1er dentiste :					
	2ème dentiste légiste (le cas échéant)	Date :	Signature :				
		Nom du 2ème dentiste :					

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

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

Prénom(s): _____

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

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

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

Nom de famille: _____

N° AM : _____

Prénom(s): _____

Date de naissance: _____

Jour

Mois

Année

Année

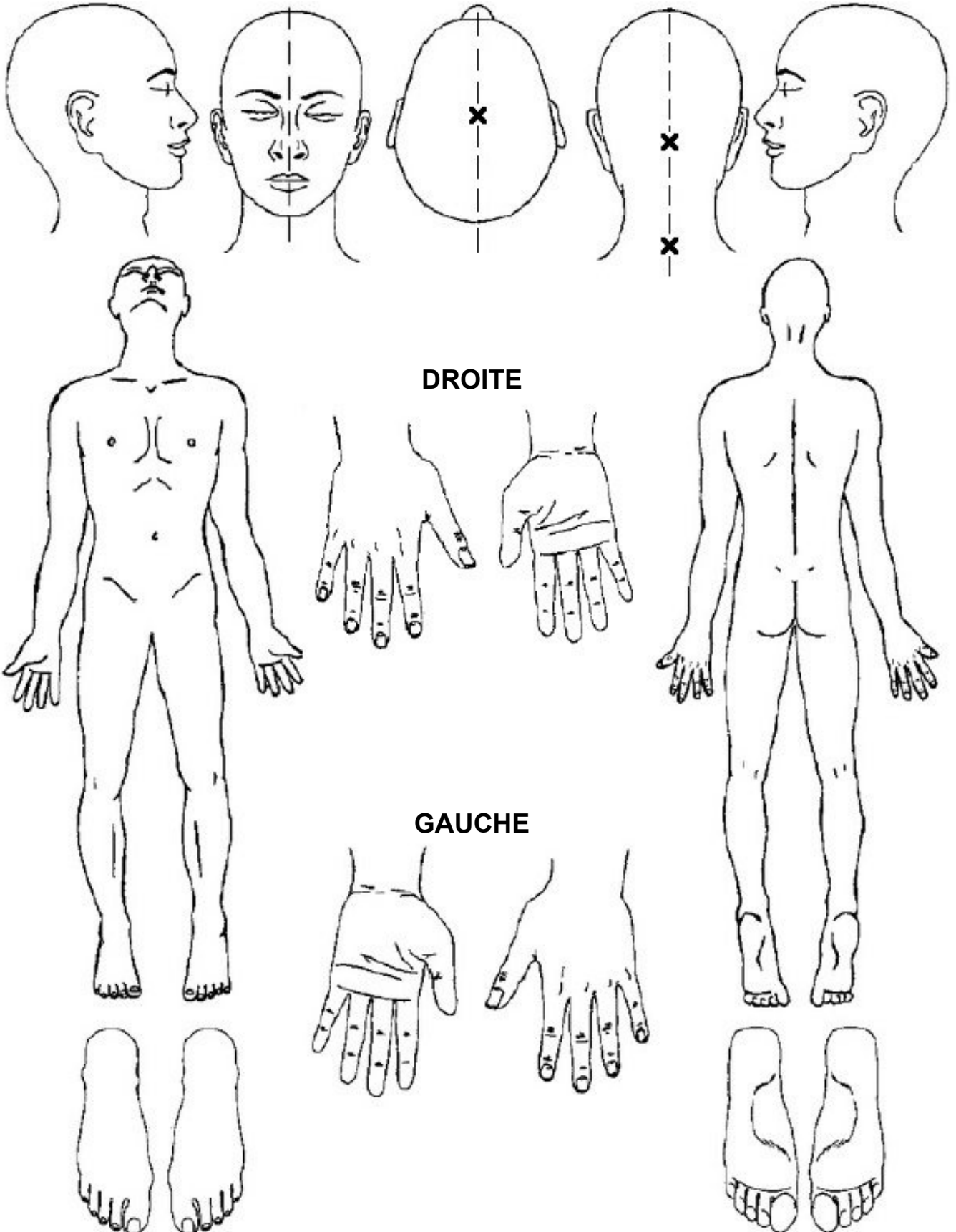
Âge

Homme

Femme

Inconnu

835 ANNEXE - SCHÉMA DU CORPS (facultatif)



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

Prénom(s): _____

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

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

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