

RAPPORT DE COMPARAISON

Nom de famille:	PERSONNE DISPARUE	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>	<i>Homme</i> <input type="checkbox"/> <i>Femme</i> <input type="checkbox"/> <i>Autre(s)</i> <input type="checkbox"/> <i>Inconnu</i> <input type="checkbox"/>

Nature de la catastrophe:	RESTES HUMAINS	N° PM : _____

Lieu de la catastrophe:		
Date de la catastrophe:	<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>Homme</i> <input type="checkbox"/> <i>Femme</i> <input type="checkbox"/> <i>Autre(s)</i> <input type="checkbox"/> <i>Inconnu</i> <input type="checkbox"/>

Les RESTES HUMAINS ont été comparés avec les informations concernant la PERSONNE DISPARUE.

Identification Vérification Evaluation				
Éléments d'identification primaire				
Dactylotechnicien	<input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Données indis. / insuff.	<input type="checkbox"/> Id. possible	<input type="checkbox"/> Id. probable <input type="checkbox"/> Identité établie
<i>Motifs :</i>		<i>Lieu et date</i>	<i>Cachet / Organisme</i>	
		<i>Signature</i>		
Expert ADN	<input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Données indis. / insuff.	<input type="checkbox"/> Id. possible	<input type="checkbox"/> Id. probable <input type="checkbox"/> Identité établie
<i>Motifs :</i>		<i>Lieu et date</i>	<i>Cachet / Organisme</i>	
		<i>Signature</i>		
Odontologue	<input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Données indis. / insuff.	<input type="checkbox"/> Id. possible	<input type="checkbox"/> Id. probable <input type="checkbox"/> Identité établie
<i>Motifs :</i>		<i>Lieu et date</i>	<i>Cachet / Organisme</i>	
		<i>Signature</i>		
Éléments d'identification secondaires				
Enquêteur de police	<input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Données indis. / insuff.	<input type="checkbox"/> Id. possible	<input type="checkbox"/> Id. probable <input type="checkbox"/> Identité établie
<i>Motifs :</i>		<i>Lieu et date</i>	<i>Cachet / Organisme</i>	
		<i>Signature</i>		
Médecin légiste	<input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Données indis. / insuff.	<input type="checkbox"/> Id. possible	<input type="checkbox"/> Id. probable <input type="checkbox"/> Identité établie
<i>Motifs :</i>		<i>Lieu et date</i>	<i>Cachet / Organisme</i>	
		<i>Signature</i>		
Anthropologue	<input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Données indis. / insuff.	<input type="checkbox"/> Id. possible	<input type="checkbox"/> Id. probable <input type="checkbox"/> Identité établie
<i>Motifs :</i>		<i>Lieu et date</i>	<i>Cachet / Organisme</i>	
		<i>Signature</i>		
Autre : _____			<input type="checkbox"/> Id. possible	<input type="checkbox"/> Id. probable <input type="checkbox"/> Identité établie
<i>Motifs :</i>		<i>Lieu et date</i>	<i>Cachet / Organisme</i>	
		<i>Signature</i>		

ORGANISATION INTERNATIONALE DE POLICE CRIMINELLE

INTERPOL

IDENTIFICATION VICTIMES

IDENTIFICATION

Version 2018



DOSSIER - AM

Nom de famille :

Prénom(s) :

N° :

DOSSIER - PM

N° :

CERTIFICAT D'IDENTIFICATION

PERSONNE DISPARUE		Formulaires AM joints
Nom de famille Prénom(s) Rue / N° Postal / Ville État / Pays		<i>N° AM:</i> <i>Nationalité</i> <i>Date du signalement de la disparition</i>
Date de naissance <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <i>Jour</i> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <i>Mois</i> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <i>Année</i> </div>		

RESTES HUMAINS		Formulaires PM joints
Lieu d'examen du corps Service de police Nom Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail		<i>N° PM :</i> <i>Date</i>

Selon les données ci-jointes, les restes humains ci-dessus ont été IDENTIFIÉS comme étant ceux de la personne disparu		
Identification reposant sur (Voir rapport de comparaison)		
Signature de la personne autorisée Indiquer le nom en caractères d'imprimerie	<i>Contrôle effectué par :</i> _____	<i>Lieu et date</i> _____ <i>Signature</i> _____
Cachet ou logo / Directeur : Identification des victimes	<i>Lieu et date</i> _____ <i>Signature</i> _____	

Cachet ou logo / Autorité locale	<i>Lieu et date</i> _____ <i>Signature</i> _____
---	---