

RENSEIGNEMENTS SUR UNE PERSONNE NON IDENTIFIÉE

susceptible d'avoir fait l'objet d'un signalement de disparition inquiétante ou suspecte

art. 26 de la Loi 95-73 du 21/01/1995 modifié par art.66 de la Loi 2002-1138 du 09/09/2002 ou article 74-1 du Code de procédure pénale

Document à transmettre AVEC PHOTOGRAPHIE(S) :

- au service de police ou à l'unité de gendarmerie territorialement compétent
- copie à : l'Office Central pour la Répression des Violences aux Personnes (O.C.R.V.P.)
ocrvp@interieur.gouv.fr

En cas d'identification de la personne faisant l'objet de la présente fiche, les services avisés devront être tenus informés.
De même, les services avisés tiendront informé le service demandeur en cas d'identification en vue de la réactualisation du dossier.

1 – ÉTABLISSEMENT :

Établissement de santé à l'origine du signalement (Nom et adresse complète) :

Référence(s) du dossier :

Personne chargé(e) du dossier :

Téléphone(s) :

E-mail(s) :

2 – SIGNALEMENT :

PERSONNE Décédée sous X – le : _____ ou Vivante dans l'incapacité de décliner son identité

SEXE :	TYPE (plusieurs choix possibles) :		
ÂGE APPARENT : entre _____ et _____ ans	<input type="checkbox"/> Caucasien	<input type="checkbox"/> Asiatique/Eurasien	
TAILLE : entre _____ et _____ cm	<input type="checkbox"/> Maghrébin	<input type="checkbox"/> Indopakistanaï	
CORPULENCE : <input type="checkbox"/> Maigre / Mince <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Athlétique <input type="checkbox"/> Forte / Très forte Précisions (poids, hanches fortes...) :	<input type="checkbox"/> Méditerranéen/Hispanique	<input type="checkbox"/> Moyen-oriental	
DEXTÉRITÉ :	<input type="checkbox"/> Africain/Antillais	<input type="checkbox"/> Autre (préciser ci-dessous)	
POINTURE :	Précisions (notamment autre type tel que amérindiens, mélanésien, polynésien...) :		
CHEVEUX (plusieurs choix possibles) :	YEUX (plusieurs choix possibles) :		
<input type="checkbox"/> Blond	<input type="checkbox"/> Roux	<input type="checkbox"/> Bleu	<input type="checkbox"/> Noir
<input type="checkbox"/> Châtain	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Vert	<input type="checkbox"/> Gris
<input type="checkbox"/> Noir	<input type="checkbox"/> Gris / Poivre et sel	<input type="checkbox"/> Marron	<input type="checkbox"/> Vairon
Précisions (aspect, coiffure, teinture...) :	<input type="checkbox"/> Port permanent de lunettes ou de lentilles de contact		
PILOSITÉ FACIALE :	Précisions (strabisme, type de lentilles, description lunettes...) :		
<input type="checkbox"/> Barbe/Collier			
<input type="checkbox"/> Moustache			
<input type="checkbox"/> Bouc			

SIGNES PARTICULIERS (remplir uniquement les cases concernées) :

AUCUN

TATOUAGE(S) – description, localisation :

CICATRICE(S) – description, localisation :

PIERCING(S) – description, localisation :

PARTICULARITÉ(S) DENTITION – description, localisation :

MARQUE(S) SUR LA PEAU – description, localisation :

IMPLANT(S)/PROTHÈSE(S) – description, localisation :

PARTICULARITÉ(S) PHYSIQUE(S) – circoncision, amputation... :

PARTICULARITÉ(S) COMPORTEMENTALE(S) – tic, boitillement... :

PARTICULARITÉ(S) DE LANGAGE :
Langue(s) parlée(s) étrangère(s) – Précisions :
Accent régional marqué – Précisions :
Autre(s) particularité(s) de langage – Précisions :
(ex : bégaiement, zozotement, chuintement, tic de langage...)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

3 – ÉLÉMENTS SUR LA DÉCOUVERTE :

DATE : (JJ/MM/AAAA) ou entre le et le

LIEU
Adresse : Ville : Dépt : (chiffres)
Précisions (voie publique, station de métro, parc...) :

CIRCONSTANCES (de la découverte et de l'arrivée dans l'établissement de santé : par lui-même, avec les sapeurs-pompiers...) :

VÊTEMENTS/CHAUSSURES – description :

OBJETS/BIJOUX – description :

DOCUMENTS – description :

4 – ÉLÉMENTS D'IDENTITÉ POTENTIELLE :

NOM : Statut :
(mettre le nom de naissance suivi du nom d'usage suite à mariage, divorce, veuvage, pacs...)
Prénom(s) : Surnom(s) :
Date de naissance : Ville : Dépt : (chiffres)
Pays : Nationalité(s) :
Identité du père : Identité de la mère :
Adresse : Ville : Dépt : (chiffres)
Pays : Coordonnées :
Profession(s)/Loisir(s) :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES À TRANSMETTRE AU SERVICE DE POLICE OU À L'UNITÉ DE GENDARMERIE :

Nom du rédacteur : Date de rédaction de la fiche :

Coordonnées service de police ou unité de gendarmerie : (à récupérer par l'établissement de santé) Personne contactée :	Coordonnées O.C.R.V.P. : Ministère de l'Intérieur – DGPN/DCPJ Office central pour la répression des violences aux personnes 101-103, rue des Trois Fontanot 92000 NANTERRE Tél. permanence : 01.40.97.80.16
--	---