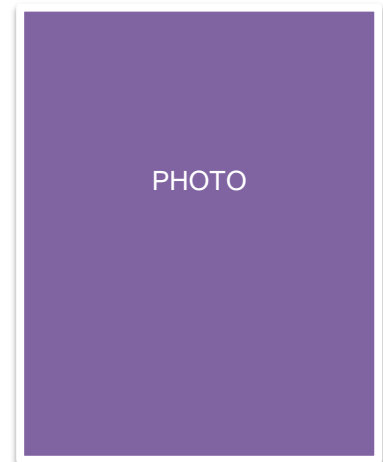


Police locale GERMINALT



DATE : LE

1. IDENTITE :

NOM/PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

ADRESSE :

NUMERO DE REGISTRE NATIONAL :

2. INFORMATIONS UTILES :

TRAITEMENT SPECIFIQUE (MEDICAMENTS) :

.....
.....
.....
.....
.....

ALLERGIE(S) :

.....
.....
.....

MALADIE(S) CONNUE(S) :

.....
.....
.....
.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN :

3. PORTRAIT :

Homme Femme

| | | |
|---|--|---|
| Type / Race: <input type="checkbox"/> Caucasien (peau blanche) <input type="checkbox"/> Méditerranéen <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Nord-Africain <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Africain Corpulence: Taille: cm Poids: kg <input type="checkbox"/> mince <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> forte/robuste <input type="checkbox"/> grosse Langue: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Turque <input type="checkbox"/> Patois <input type="checkbox"/> Néerlandais <input type="checkbox"/> autre : Voix: <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> douce <input type="checkbox"/> calme <input type="checkbox"/> aiguë <input type="checkbox"/> nerveuse <input type="checkbox"/> bégaiement Forme du visage: <input type="checkbox"/> gros <input type="checkbox"/> fin <input type="checkbox"/> allongé <input type="checkbox"/> carré <input type="checkbox"/> rond | Sourcils: <input type="checkbox"/> fins <input type="checkbox"/> épais Yeux: <input type="checkbox"/> clairs <input type="checkbox"/> foncés <input type="checkbox"/> strabisme <input type="checkbox"/> œil de verre Nez: <input type="checkbox"/> long <input type="checkbox"/> petit <input type="checkbox"/> de travers <input type="checkbox"/> plat Bouche: <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> grande <input type="checkbox"/> petite <input type="checkbox"/> de travers Oreilles: <input type="checkbox"/> petites <input type="checkbox"/> grandes <input type="checkbox"/> boucles d'oreille Couleur des cheveux: <input type="checkbox"/> blancs <input type="checkbox"/> blonds <input type="checkbox"/> bruns <input type="checkbox"/> noirs <input type="checkbox"/> roux <input type="checkbox"/> autre : Type de cheveux: <input type="checkbox"/> longs <input type="checkbox"/> mi-longs <input type="checkbox"/> courts | <input type="checkbox"/> brosse/pointes (gel) <input type="checkbox"/> ondulés <input type="checkbox"/> bouclés <input type="checkbox"/> calvitie naissante <input type="checkbox"/> chauve <input type="checkbox"/> raides Signes distinctifs: <input type="checkbox"/> tatouages <input type="checkbox"/> cicatrices <input type="checkbox"/> infirmités : <input type="checkbox"/> canne/tribune <input type="checkbox"/> autres : endroit : <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> droitier groupe sanguin : Lunettes: <input type="checkbox"/> modernes <input type="checkbox"/> classiques <input type="checkbox"/> claires <input type="checkbox"/> colorées <input type="checkbox"/> autre : Barbe et/ou moustache: <input type="checkbox"/> barbe <input type="checkbox"/> barbe de 2-3 jours <input type="checkbox"/> moustache <input type="checkbox"/> aucune |
|---|--|---|

VIGNETTE



4. PERSONNES DE CONTACT

| ENFANTS | |
|-----------------------|---|
| NOM DES ENFANTS | |
| ADRESSE | |
| TELEPHONE | |
| LIEN AVEC LA PERSONNE | |
| PERSONNE AVERTIE ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| REMARQUES | |
| PERSONNE DE CONTACT | |
| NOM - PRENOM | |
| ADRESSE | |
| TELEPHONE | |
| LIEN AVEC LA PERSONNE | |
| PERSONNE AVERTIE ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| REMARQUES | |
| PERSONNE DE CONTACT | |
| NOM - PRENOM | |
| ADRESSE | |
| TELEPHONE | |
| PERSONNE AVERTIE ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| REMARQUES | |

PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

ANCIENNE ADRESSE :

ANCIENS EMPLOIS (+ LIEUX) :

SI VEUF, CIMETIERE DU DEFUNT CONJOINT (+ NOM, PRENOM) :

ENDROITS FREQUENTES :

5. TRANSPORT(S) UTILISE(S) HABITUELLEMENT

PEDESTREMENT TRAIN CYCLO VOITURE BUS VELO

- **SI TRANSPORTS EN COMMUN :**

LIGNE(S) UTILISEES HABITUELLEMENT :

ARRETS :

CORRESPONDANCES :

DESTINATION A ATTEINDRE :

- **SI A PIED :**

DEMARCHE PARTICULIERE :

ALLURE DE LA MARCHÉ :

- **SI VEHICULE AUTOMOTEUR :**

CATEGORIE/MARQUE ET TYPE :

N° DE CHASSIS OU DE CADRE :

6. ANTECEDENT(S) DE DISPARITION

| DATE | RETRouve(E) A QUEL ENDROIT | CIRCONSTANCES |
|------|----------------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

7. EN CAS DE DISPARITION (A REMPLIR PAR UN PROCHE):

| | |
|--|--|
| Date et heure de la disparition | |
| Endroit où la personne disparue a été vue pour la dernière fois | |
| LA PERSONNE DISPARUE DOIT-ELLE IMPERATIVEMENT SUIVRE UNE MEDICATION? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Inconnu |
| LA PERSONNE DISPARUE EST-ELLE EN POSSESSION DE SES MEDICAMENTS? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Inconnu |
| QUELLES SONT LES CONSEQUENCES PREVISIBLES SI LA PERSONNE NE PREND PAS SES MEDICAMENTS? | |
| ATTITUDES PARTICULIERES (AGRESSIVITE, SOUS L'INFLUENCE DE DROGUE, ALCOOL,) | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Inconnu |
| PRECAUTIONS A PRENDRE: | |
| PARTICULARITES QUANT AU CONTEXTE (SOCIAL) A L'ORIGINE DE LA DISPARITION (PAR EX. DISPUTES, TENSIONS AVEC DES TIERS, TENSIONS PAR RAPPORT A DES PROBLEMES RELATIONNELS AVEC LA FAMILLE OU DES AMIS ...) | |

Généralités

| |
|--|
| Heure dernier repas: |
| <p style="color: blue;">possession :</p> <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Permis <input type="checkbox"/> carte de banque <input type="checkbox"/> argent montant: <input type="checkbox"/> bijoux <input type="checkbox"/> montre <input type="checkbox"/> alliance <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> GSM numéro :..... <input type="checkbox"/> nécessaire de toilette <input type="checkbox"/> autres bagages : |

Vêtements

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> chapeau <input type="checkbox"/> casquette <input type="checkbox"/> béret <input type="checkbox"/> casquette <input type="checkbox"/> écharpe <p style="color: magenta;">couleur:</p> <input type="checkbox"/> chemise <input type="checkbox"/> blouse <input type="checkbox"/> T-shirt <input type="checkbox"/> autres: <p style="color: magenta;">couleur:</p> <input type="checkbox"/> manteau <input type="checkbox"/> gilet <input type="checkbox"/> imperméable <input type="checkbox"/> autres: <p style="color: magenta;">couleur:</p> <input type="checkbox"/> pantalon <input type="checkbox"/> short <input type="checkbox"/> robe <input type="checkbox"/> pantacourt <input type="checkbox"/> jupe <input type="checkbox"/> autres: <p style="color: magenta;">couleur:</p> <input type="checkbox"/> basket <input type="checkbox"/> chaussures classiques <input type="checkbox"/> bottes <input type="checkbox"/> autres: <p style="color: magenta;">couleur:</p> <input type="checkbox"/> sac à main <input type="checkbox"/> autres: <p style="color: magenta;">couleur:</p> |
|--|

8. CONSEILS DE PREVENTION A L'INTENTION DES AINES ET DE LEUR FAMILLE

Lors d'une disparition, une intervention rapide des services de police et des proches augmente beaucoup les chances de retrouver une personne saine et sauve.

Voici quelques conseils de prévention qui permettront de faciliter les recherches :

- Remplir la fiche descriptive afin d'être en mesure de la fournir aux services de police lors de la disparition d'une personne.
- Remise à jour annuellement du questionnaire. Pour ce faire, nous vous suggérons une date clé : **le 1^{er} octobre, Journée Internationale des Aînés.**
- Se renseigner auprès de la mutuelle, du CPAS pour installer un service de Télé Assistance. Il permet aux personnes âgées, handicapées ou fragilisées de rester chez elles, autonomes tout en ayant la certitude d'être secourues en cas de problèmes. Le plus de ce service est qu'il s'adresse à toute personne (*isolée, âgée, handicapée, convalescente ou dépendante*).

En cas de disparition, listes des premières actions à effectuer :

Déterminer qui a vu la personne concernée pour la dernière fois, quand et où?

- Fouillez d'abord correctement l'environnement propre (fermé) de l'intéressé. Examinez aussi les petits espaces tels que les armoires, toilettes, locaux techniques ou bureaux abandonnés.
En effet, les personnes désorientées recherchent des endroits (exigus) où elles peuvent être seules.
Fouillez aussi l'environnement immédiat du bâtiment: jardin/parc/remise/garage ainsi que les lieux fréquentés habituellement.
- Signaler immédiatement une disparition à la police locale via le numéro d'urgence **071/42.22.22 ou via le 101** et signaler si cette disparition est inquiétante ou non.
- Mettez une photo du disparu à disposition des personnes effectuant les recherches;
- Renseignez-vous pour connaître les endroits où la personne se plaisait à se rendre (ancien domicile, endroit préféré, intervention d'une personne connue ...)
- Numéros importants :

Ambulance/ pompiers : 100

Numéro d'urgence général : 112

POLICE : **NUMÉRO D'URGENCE : 071/42.22.22 OU LE 101 (24H/24)**

NUMÉRO GÉNÉRAL: 071/42.22.22. (8H-19H JOURS OUVRABLES)

PROXIMITE DE GERPINNES :071/20.21.30 (8H-17H JOURS OUVRABLES)

PROXIMITE D'HAM-SUR-HEURE :071/22.98.11 (8H-17H JOURS OUVRABLES)

PROXIMITE DE MONTIGNY-LE-TILLEUL : .071/56.07.72 (8H-17H JOURS OUVRABLES)

PROXIMITE DE THUIN :071/55.91.50 (8H-17H JOURS OUVRABLES)

ZONE DE POLICE GERMINALT – DIRECTION 7, RUE DU CALVAIRE, 6120 HAM-SUR-HEURE

TEL : 071/42.22.22. – ZP.GERMINALT@POLICE.BELGIUM.EU - www.germinalt.be