

GOUVERNEMENT DISTRICT DE COLUMBIE
(GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA)
BUREAU DE PLAINTES POLICIÈRES
(OFFICE OF POLICE COMPLAINTS)
1400 I Street, NW, Suite 700
Washington, DC 20005
Tél: (202) 727-3838
Fax: (202) 727-9182
24/7 ligne directe en service libre appel: (866) 588-0569
www.policecomplaints.dc.gov

FORMULAIRE DE PLAINTE

1. OPC Control Number
À remplir par le personnel OPC

2. Date and Time Complaint was Received
À remplir par le personnel OPC

3. N° MPD Control System Number
À remplir par le personnel OPC

4. Comment la plainte a été reçue (Please Circle): *À remplir par le personnel OPC*

Personne | Télécopie | E-mail | Poste | MPD | Autre Précisez:

5. Nom et prénom du plaignant	6. Date de naissance	7. Age	8. Sexe	9. Race, Ethnicité
-------------------------------	----------------------	--------	---------	--------------------

10. Adresse de domicile	11. Numéro de téléphone (domicile)
-------------------------	------------------------------------

12. Adresse de bureau	13. Métier	14. Numéro de telephone (bureau)
-----------------------	------------	----------------------------------

15. D'autres moyens de contact (<i>tél portable, e-mail, ami, etc...</i>)	16. Nature de l'incident
---	--------------------------

17. Lieu de l'incident	18. D.C. Ward (<i>où l'incident a eu lieu</i>)
------------------------	--

19a. Jour de la semaine de l'incident (lundi, mardi, etc...)	19b. Date de l'incident	19c. Heure de l'incident	20. Témoins
--	-------------------------	--------------------------	-------------

21. Policiers impliqués (<i>nom, numéro matricule, police district, if known</i>)	22. N° / Description du véhicule de la police
---	---

23. Description physique des policier(s) (*couleur des cheveux et des yeux, taille, sexe, race/ethnicité, etc...*)

24a. Décrivez les blessures (<i>si pertinent</i>)	24b. Où traité(e) (<i>nom de l'hôpital, du médecin, etc...</i>)
---	---

25. Langue préférée de communication (*si ce n'est l'anglais*)

26. Nom(s), Numéro(s) de telephone ou coordonnées pour d'autres personnes présentes à l'incident (*y compris d'autres policiers*)

Nom et prénom du plaignant

OPC N° de contrôle

À remplir par le personnel OPC

27. Décrivez l'incident:

Attacher des pages supplémentaires si nécessaire

Page de

28. Attestation du plaignant

Je soussigné(e) atteste, sous la peine de parjure, que les déclarations ci-dessus sont vraies.

Signature du plaignant

Date