

# COMPLÈTE RENDU D'INFRACTION

à établir quand les auteurs ne sont pas identifiés  
dès le début de l'enquête

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE DESTINATAIRE

CIAT BEL AIR 12°

- INITIAL  
 COMPLÉMENTAIRE NE REMPLIR QUE LES LIGNES SIGNALÉES PAR • ET CELLES COMPORTANT DES ÉLÉMENTS NOUVEAUX  
 REPRISE DE P.V. GENDARMERIE

CODE INSEE DÉPARTEMENT COMMUNE N° DU SERVICE  
 DU SERVICE **75** **112** **251**

• INFRACTIONS	NATURE <b>VOL VIOLENCES •</b>		
• DATE EXACTE OU PRESUMÉE	JOUR - MOIS - AN - HEURE DU MOMENT <b>28 27.11.1987</b> <b>HEURE 18 H 40</b>		
• NATURE DU JOUR	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Ind	VEILLE DE FÊTE LÉGALE OU CONGÉS SCOLAIRES	PÉRIODE DE FÊTE LÉGALE OU CONGÉS SCOLAIRES
• LIEU INFRACTION	DÉPARTEMENT - COMMUNE <b>75012 - PARIS - METRO</b>		
	NOMBRE D'AUTEURS	NOMBRE TOTAL	NATURE DU LIEU (EX. VILLE, STATION, MAIRIE...)
	<input type="checkbox"/> indéterminé	<b>06</b>	<input checked="" type="checkbox"/> HOMMES <input type="checkbox"/> FEMMES <input type="checkbox"/> ENFANTS
PRÉJUDICE DÉCLARÉ	MONTANT DES DÉPENSES	MONTANT DES DÉPENSES	DÉCRITS SUR P.V. <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
	<b>//////////</b>	<b>//////////</b>	PRÉJUDICE CORPOREL <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
MODE OPÉRATOIRE ET MOBILE APPARENT	A SPECIFIER (EFFRACTION, ESCALADE, FAUSSE QUALITÉ...) ET DÉCRIRE BRIÈVEMENT (ARME, VÉHICULE, EMPLOYÉS...) <b>3 jeunes agressent la victime alors qu'elle se trouvait sur le quai dans la bagarre, elle reçoit 1 coup de tête d'un des individus.</b>		
• VICTIME	NOM ET PRÉNOMS (OU RAISON SOCIAL) <b>FACAN Jean Robert,</b>		SEXE <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	<b>07.07.1940 à NIROT</b>		NATIONALITÉ <b>FES.</b>
PROFESSION	<b>JOURNALISTE</b>		ÉTAT OU CONDITION (EX. VIEILLARD, HANDICAPÉ, AUTO-STOPPEUR, FEMME SEULE...)
ADRESSE	<b>le terroir à 94120 FONTENAY SOUS BOIS</b>		
CODE POSTAL ET COMMUNE	TÉLÉPHONE <b>TRAV. : 42.96.15.50.</b>		

P.V. N° **3 / 87**

AFFAIRE : contre X

PIÈCES JOINTES :

---

TRANSMIS : à MONSIEUR  
LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

**PARIS**

Date : \_\_\_\_\_

Nom : **A. HAUJARD**

Qualité : **C.P.**

SIGNATURE DU CHEF DE SERVICE

## PROCÈS - VERBAL

L'an mil neuf cent quatre-vingt **SEPT**

le **VINGT QUATRE NOVEMBRE** **QUINZE** heures **QUINZE**

à **JARIN Frédéric** **INSPECTEUR DE POLICE,**

Nous

Officier  Agent de Police Judiciaire, en fonction à **BEL - AIR 12°**

Constatons que se présente devant nous le nommé **FACAN** qui nous déclare : je viens déposer plainte contre inconnus pour les faits décrits. J'ai été encadré par 3 jeunes dont les 2 derrière étaient plus grands et portaient une coupe de cheveux "type afro" (dont l'un avec une "crête bleue vert") pendant le plus petit me portait un coup de tête. Je me suis défendu en utilisant mon sac pendant que les 3 premiers agresseurs étaient rejoints par 2 autres ; ils s'ont délivrés de nombreux coups de pied et de poing que j'ai esquivé à chaque fois. Après m'avoir menacé ils sont partis sans rien me prendre. -----

Je pourrai reconnaître les 3 premiers individus car dans la bagarre j'ai perdu mes lunettes. -----

-- Le plus petit : homme, 16-17 ans, type européen, 1,60 m, mince, chevx courts légèrement ondulés - clairs -, yeux clairs, toujours avec un air détéré de drogué, vêtu d'un oisplet gris usagé. -----

-- les deux plus grands : hommes; 20-21 ans, semblant appartenir à type européen, 1,85 m, chevx coupés à "l'iroquois", figures assez

*[Signature]*

# SUITE PARTICULIÈRE A PROCÈS - VERBAL

A UTILISER CHAQUE FOIS QUE LE PROCÈS-VERBAL COMPORTE UNE OU PLUSIEURS DES RUBRIQUES CI-DESSOUS (LES SIGNALER PAR UN X)

<input type="checkbox"/> <b>MODE OPÉRATOIRE</b>  • <b>CAMBRIOLAGES :</b> - pénétration dans les lieux - effractions intérieures - objets abandonnés - traces et indices - moyens particuliers...  • <b>AUTRES INFRACTIONS</b> AVEC CONTACT VICTIME / AUTEUR - prétexte pris - fausse qualité invoquée - rôle de chaque individu - nature des armes exhibées ou utilisées - moyens de transport...	<input type="checkbox"/> <b>SIGNALEMENT D'AUTEURS</b>  NUMÉROTÉ LES INDIVIDUS ET FOURNIR LES ÉLÉMENTS DANS L'ORDRE SUIVANT :  - SEXE, RACE, TYPE, AGE APPARENT, TAILLE, CORPULENCE - AUTRES CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES (yeux, cheveux, voix, accent...) ou VESTIMENTAIRES - SIGNES PARTICULIERS (cicatrice, tc...) (description et localisation) - RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT-CIVIL CONNUS, NATIONALITÉ, PROFESSION...	<input type="checkbox"/> <b>OBJETS VOLÉS ou DÉTOURNÉS</b> QUANTITÉ ET NATURE ET SELON LE CAS <input type="checkbox"/> <b>DÉCOUVERTS</b>  • <b>DOCUMENTS ET PAPIERS ADMINISTRATIFS :</b> identité du titulaire, avec filiation, lieu de délivrance • <b>CARTES DE CRÉDIT, CHÉQUIERS, AUTRES TITRES :</b> titulaire, établissement, agence, n° de compte, n° des formules • <b>OBJETS MANUFACTURÉS :</b> marque, type, numéro, calibre ou dimensions, poids, signes particuliers... • <b>BIJOUTERIE, ORFÈVRE, OBJETS D'ART ou ARTISANAUX, TABLEAUX...</b> matière, sujet représenté, auteur, art, époque ou style, état, couleur, forme, dimensions, signes particuliers... • <b>PIERRES - PERLES :</b> nature, nombre, taille, couleur, valeur...
--	--	--

SERVICE **BEL AIR 12°** NOM DU RÉDACTEUR **JANIN P.** DATE DE RÉDACTION **24.11.1987** PAGE N° **2**

suite audition du  
nom à PECAN -

-- anguleuses, ----  
-- S.I. : les 3 individus que j'ai vu semblait sous l'empire de la drogue et que m'a confirmé les gens de la RATP. ----  
-- Rien ne m'a été volé car je me suis défendu. Il y avait des témoins mais personne n'est intervenu ; de plus mes agresseurs m'ont menacé puis sont partis en courant. ----  
-- S.I. ; l'individu qui portait la crête de couleur bleu avait des chaînes autour du cou. ----  
-- Je ne vois rien d'autre à ajouter. si ce n'est que ce n'est pas la première fois que cela se produit (de part leurs contrôleurs R.A.T.P.) ----  
-- Sp ne me suis pas fait examiner par un médecin, je vous fournirai ultérieurement mon certificat médical. ----

L'intéressé

~~L.I.P.~~

-- De même suite, --  
-- Disons qu'après lecture l'intéressé tient à ajouter que l'agression a duré l'espace de 2 heures soit 7 minutes. ----  
-- Après lecture signe le présent. ---

~~L.I.P.~~

**CENTRE MÉDICAL RICHELIEU-DROUOT**

GARANTIE MUTUELLE FAMILIALE

18, Boulevard Montmartre - PARIS IX<sup>e</sup>

Téléphone : 48.24.92.40

N° établissement 75 0 01067 0

Docteur Michel MONDRZAK  
Généraliste

Je soussigné Docteur MONDRZAK,  
certifie avoir examiné le 25.11.87  
Monsieur Robert FECAN âgé de 47 ans.  
Il me fut dit avoir été victime d'une agression  
sous le métro le 23.11.87. Ce jour, hématome  
de la pupille supérieure gauche, la l'arcade  
sourcillière et de la pommette gauches. Blessures  
de la face interne de la joue gauche. Pas  
de signes neurologiques. (Pas de perte de connaissance)  
A signaler une lésion articulaire à 17/10 au  
bras gauche. Cet état de santé justifie  
une S.T.T de deux jours.  
Certificat fait à Paris le 25.11.87, et  
remis en main propre.  
P.S. A noter une douleur à la palpation  
des os fémoraux du nez.

**ACCIDENTS DU TRAVAIL**  
Code S.S. Art. L. 441-6

**CERTIFICAT MEDICAL INITIAL**

**ACCIDENTÉ**  
 Numéro d'immatriculation: 1707171100 ci NOM: FECAN  
 Prénoms: Robert  
 Adresse: rue Avenue Rabelais N° 17  
 Arrondissement ou commune: FORTENAY/S/BOIS Département: 94

**EMPLOYEUR**  
 Numéro d'immatriculation: 170751020112 Nom, adresse sociale et adresse de correspondance:  
PUBLICATIONS  
DU MONITEUR  
17 rue d'Uzès  
Paris

**DATE DE L'ACCIDENT**  
23/11/87

Je soussigné, Docteur en médecine, après avoir examiné l'accidenté ci-dessus désigné, muni d'une feuille d'accident de travail délivrée par son employeur,

Ai constaté et certifie ce qui suit:

a) Sièges de la blessure: arcade sourcillière gauche, pommette gauche, os fémoraux du nez.

b) Nature des lésions: hématome, lésion de la pupille supérieure gauche, lésion de la face interne de la joue gauche.

Conséquences et suites éventuelles: de la joue gauche.

doit arrêter le travail du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus Heures de sorties autorisées \_\_\_\_\_  
 observer le repos au lit de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ garder la chambre  
 (1) prolonger du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus l'arrêt de travail prescrit par  
 certificat du \_\_\_\_\_ 10x jours.  
 (2) - peut continuer le travail avec soins pendant \_\_\_\_\_  
 Il y a lieu de prévoir \_\_\_\_\_  
 (3) Il n'y a pas lieu une incapacité permanente.

FAIT LE 25.11.87  
 Signature du médecin: Michel Mondrzak  
 (1) Rayer la mention inutile.  
 Cachet de médecin: Docteur Michel MONDRZAK Généraliste  
 CENTRE MEDICAL RICHELIEU-DROUOT  
 18, Bd Montmartre  
 75009 PARIS

CENTRE MEDICAL RICHELIEU-DROUOT

GARANTIE MUTUELLE FAMILIALE

18, Boulevard Montmartre - 75009 PARIS

75 0 01 067 0

Feuille délivrée le 25.11.87

VICTIME

1 40 07 79 191 020

clé

Rue avenue Rabelais

N° 42

Numéro d'immatriculation

Nom FECAN

(En caractères d'imprimerie)

Nom de jeune fille

(S'il y a lieu)

Prénoms Jean-Robert

Les cotisations A. T. ont été versées à la

C. P. de Montreuil

Arrondissement ou commune

FONTENAY SOUS BOIS

Département VAL DE MARNE

EMPLOYEUR

1 70 75 102 0142 H

Numéro d'immatriculation

L'entreprise a-t-elle été autorisée à gérer le risque accidents du travail?

oui

Nom, raison sociale, adresse de l'entreprise

PUBLICATIONS DU MONITEUR

17, Rue d'Uzès 75009 PARIS

ACCIDENT OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Accident du 23.11.87 Heure (0 à 24) 18h Déclaré le 25.11.87

A la C.P. de FONTENAY S. BOIS

Maladie professionnelle constatée le

Déclarée le

A la C.P. de

Lésions

Nature

Siège

Douleurs hématomes  
Oed. humér.

INTERRUPTION DU TRAVAIL

(A remplir par l'employeur lors de la reprise du travail)

Je soussigné atteste que le travail

interrompu le 19

a été repris le 19

A le 19

Signature et cachet de l'employeur :

DEMANDE DE RENOUELEMENT

(A remplir par la victime si la feuille est entièrement utilisée avant la fin des soins ou du traitement).

Veuillez m'adresser une nouvelle feuille d'accident ou de maladie professionnelle

Nom, prénom

Adresse

Signature :

Volet à conserver pendant le traitement par la victime et à adresser au Centre de Sécurité sociale à la fin du traitement ou dès que la feuille est entièrement utilisée

DR DURAND  
(ORL)

Cachet  
du médecin

Docteur Michel MONDRAK  
Généraliste

Cachet  
de spécialiste

Cachet  
de l'établissement

CENTRE MEDICAL  
MICHEL DROUZE  
18, Bd Montmartre  
75009 PARIS

TRAITEMENT	ARRET DU TRAVAIL	PROLONGATION	SORTIE AUTORISEE
Durée probable : jours	Date d'interruption Durée du repos	Durée de la prolongation du repos :	De ..... heures A ..... heures

Date des actes médicaux	Désignation C : Consul. V : Visite P. C. ou K. suivant nomenclat.	Repos 1 Lit 2 Chambre 3 Sortie 4 Pas d'arrêt de travail	Frais déplacement Nombre de kilomètres parcourus	Délivrance d'une ordonnance	Délivrance du certificat médical	Dépas- sement d'honoraires (1)	Signature du médecin attestant la prestation des actes médicaux	EXECUTION DES ORDONNANCES	
								Montant de la facture	Montant du paiement ou du fournisseur
17 11.11.87	CHORIC	9		0	CMS		[Signature]	35,50	
17 11.11.87	C	9					[Signature]		
17 11.11.87	CSOMC				X		[Signature]		

PH<sup>o</sup> DES G<sup>s</sup> BOULEVARDS  
18, Bd Montmartre  
Y. RINGRAVE, Pharmacien  
178, Rue Montmartre  
PARIS-2<sup>e</sup> - Tél. 233.23.95

(1) En cas de dépassement des tarifs, les praticiens devront inscrire la lettre «D» dans la colonne «Dépassement d'honoraires».  
AVIS TRES IMPORTANT. Code de la Sécurité sociale, art. L. 432 - 3 - 2<sup>e</sup> alinéa : les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident, sauf le cas de dépassement de tarif dans les conditions prévues à l'art. L. 162 - 35 Code de S. S., et dans la mesure de ce dépassement.