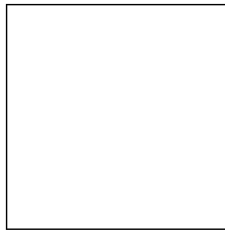


DATE: 

DD	MM	YY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  
DAY:



OFFICER NAME:

## DEPARTMENT OF INVESTIGATION

----- CITY

### REPORT [VICTIM]

#### \*VICTIM'S INFORMATION\*

NAME: <input type="text"/>													
AGE: <input type="text"/>	DOB: <table border="1"><tr><td>DD</td><td>MM</td><td>YY</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> SEX: <table border="1"><tr><td>M</td><td>F</td><td>OTHER:</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> BLOOD GROUP: <input type="text"/>	DD	MM	YY	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M	F	OTHER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DD	MM	YY											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
M	F	OTHER:											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
CONTACT NUMBER: <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PROFESSION: <input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
ADDRESS: <input type="text"/>	FATHER'S NAME: <input type="text"/>												
	CONTACT : <input type="text"/>												
	MOTHER'S NAME: <input type="text"/>												
	CONTACT : <input type="text"/>												
	RELATIVE'S NAME: <input type="text"/>												
CONTACT : <input type="text"/>													

#### \*VICTIM'S CONDITION\*

VICTIM'S CONDITION:

PHOTO  VIDEO

#### \*INCIDENT INFROMATION\*

DATE OF INCIDENT: 

DD	MM	YY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIME:

INCIDENT LOCATION:

INCIDENT DESCRIPTION :

PHOTO  VIDEO

- WITNESS 1 NAME:  AGE:  SEX: 

M	F	OTHER:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 ADDRESS:  CONTACT :
- WITNESS 2 NAME:  AGE:  SEX: 

M	F	OTHER:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 ADDRESS:  CONTACT :