

FINGERPRINTS

	CHILD: <input type="text"/>	DATE: <input type="text"/>
Address:	<input type="text"/>	Race: <input type="text"/>
Social security #:	<input type="text"/>	Age: <input type="text"/>
Date of birth:	<input type="text"/>	Eyes: <input type="text"/>
Place of birth:	<input type="text"/>	Weight: <input type="text"/>
Scars:	<input type="text"/>	Height: <input type="text"/>
Alias:	<input type="text"/>	Sex: <input type="text"/>
School attended:	<input type="text"/>	Complexion: <input type="text"/>
Parent/guardian:	<input type="text"/>	Guardian phone: <input type="text"/>

<input type="text"/> Left Thumb	<input type="text"/> Left Index	<input type="text"/> Left Middle	<input type="text"/> Left Ring	<input type="text"/> Left Pinky
<input type="text"/> Right Thumb	<input type="text"/> Right Index	<input type="text"/> Right Middle	<input type="text"/> Right Ring	<input type="text"/> Right Pinky
<input type="text"/> Left four finger simultaneously	<input type="text"/> Left Thumb	<input type="text"/> Right Thumb	<input type="text"/> Right four finger simultaneously	