

## شهادة ولادة

توزع مجاناً

مكان قيد الأسرة	محافظة: / أمانة:	محل القيد: / رقم القيد:	التصنيف الإداري لمحل القيد: محافظة / منطقة / ناحية / بلدة / قرية
مكان حدوث الواقعة	داخل القطر <input type="radio"/> خارج القطر <input type="radio"/>	المحافظة: / البلد:	محل الولادة: / محل الولادة:

بيانات الواقعة	ولادة حديثة <input type="radio"/> ولادة قديمة (مكتومة) <input type="radio"/>	رقم الواقعة	تاريخ تسجيلها: / /
----------------	--	-------------	--------------------

بيانات المولود	الاسم:	الجنس: ذكر <input type="radio"/> أنثى <input type="radio"/>	تاريخ الولادة: / /	ساعة الولادة: / دقيقة
----------------	--------	---	--------------------	-----------------------

بيانات الأب	الرقم الوطني:	الاسم:	النسبة:	محل الولادة:
	تاريخ الولادة: / /	الجنسية:	الديانة:	المهنة:
	محل الإقامة الفعلي: داخل القطر <input type="radio"/>	المحافظة:	الأمانة:	العنوان:

بيانات الام	الرقم الوطني:	الاسم:	النسبة:	محل الولادة:
	تاريخ الولادة: / /	الجنسية:	الديانة:	المهنة:
	محل الإقامة الفعلي: داخل القطر <input type="radio"/>	المحافظة:	الأمانة:	العنوان:

بيانات الشاهدين	الرقم الوطني:	الاسم:	النسبة:	اسم الأب:	تاريخ الولادة:	الأمانة:	محل القيد:	رقم القيد:	نوع وثيقة التعريف: هوية <input type="radio"/> جواز سفر <input type="radio"/> وثيقة أخرى <input type="radio"/>
					/ /				رقمها الخاص: / تاريخها العام: / مصدرها: /

بيانات مقدم الشهادة	الرقم الوطني:	الاسم:	النسبة:	اسم الأب:
	صلته بالمولود:	الأمانة:	محل القيد:	رقم القيد:
	نوع وثيقة التعريف: هوية <input type="radio"/> جواز سفر <input type="radio"/> وثيقة أخرى <input type="radio"/>	رقمها الخاص:	رقمها العام:	تاريخها: / / مصدرها:

بيانات المولود والولادة	الرقم الوطني:	الاسم:	النسبة:	اسم الأب:	صفته: طبيب أخصائي <input type="radio"/> طبيب عام <input type="radio"/> قابلة <input type="radio"/> داية <input type="radio"/> أخرى <input type="radio"/>
	مكان الولادة: منزل <input type="radio"/> مشفى عام <input type="radio"/> مشفى خاص <input type="radio"/> مركز صحي <input type="radio"/> عيادة <input type="radio"/>	حالة الولادة: طبيعية <input type="radio"/> قيصرية <input type="radio"/> تدخل <input type="radio"/>	ترتيب المولود بالنسبة للأم:	تاريخ الزواج للأم: / /	عمر الحمل:

اسم وتوقيع الطبيب الفاحص المولود / / في / / م  
نصادق على صحة محتويات هذه الشهادة تحت طائلة المسؤولية القانونية واشعاراً بذلك نوقع في / / م  
اسم وتوقيع الشاهد الاول / / م  
اسم وتوقيع الشاهد الثاني / / م  
اسم مدير المؤسسة وتوقيعه / / م  
اسم المختار وتوقيعه / / م  
اسم أمين السجل وتوقيعه / / م  
اسم المراقب وتوقيعه / / م  
اسم وتوقيع مقدم الشهادة / / م  
الخاتم / / م