



طلب فاقسد / استبدال شهادة الميلاد
REQUEST FOR BIRTH CERTIFICATE REPLACEMENT/LOST

1. Particulars of the Birth :

١. بيانات عن المولود :

Personal No.: : الرقم الشخصي
Child Name: _____ : اسم المولود

Sex : Unknown: غير مبين F أنثى M ذكر Date of Birth: ____ / ____ / ____ : تاريخ الولادة
Time of Birth: : وقت الولادة Place of Birth: _____ : مكان الولادة
Cond. of Delivery: _____ Ceasarean: قيصرية Normal: طبيعية : حالة الولادة
Delivery Type: Other: أخرى Triple: ثلاثي Twin: توأم Single: مفرد : نوع الولادة
Gestational Age (In Weeks): : مدة الحمل بالأسابيع Birth Weight : : وزن المولود

2. Particulars of the Father:

٢. بيانات عن الوالد

Personal No.: : الرقم الشخصي
Full Name: _____ : الاسم الكامل

Religion : _____ : الديانة National: _____ : الجنسية Date of Birth: ____ / ____ / ____ : تاريخ الولادة
Level of Education: _____ : المستوى التعليمي Occupation: _____ : المهنة

3. Particulars of the Mother:

٣. بيانات عن الوالدة

Personal No.: : الرقم الشخصي
Full Name: _____ : الاسم الكامل

Religion: _____ : الديانة National : _____ : الجنسية Date of Birth : ____ / ____ / ____ : تاريخ الولادة
Leavel of Education: _____ : المستوى التعليمي Occupation: _____ : المهنة
Duration of Marriage (From 1st Marriage for Mother): Years: : سنوات Months: : شهور : مدى الحياة الزوجية (منذ أول زواج للأم) : شهور
 : عدد المتوفين منهم (of which are Dead) : عدد الأحياء منهم (of which are still living) : عدد الولادات السابقة : (Total children Previous Born)
Onterval Since last/Delivery: Years: : سنوات Months: : شهور : الفترة منذ آخر ولادة : شهور
Road / Street / Avenue: _____ : شارع/طريق/ممر Building: _____ : مبنى Flat/ Villa: _____ : فيلا/شقة Address العنوان
Telephone No.: : رقم الهاتف Area: _____ : منطقة Block: _____ : مجمع
Date of Issue: ____ / ____ / ____ : تاريخ التحرير Health Centre: _____ : المركز الصحي
Resident area at the time of delivery: _____ : منطقة السكن أثناء الولادة

4. Particular of the Informant:

٤. بيانات عن المبلغ

I here by declare that all Particulars of Parents and Child are true. : أقر بأن جميع البيانات التي تخص الوالد والوالدة والمولود صحيحة وعلى مسؤوليتي
Personal No.: : الرقم الشخصي

Relationship to Parents: _____ القرابة للوالدين Full Name: _____ : الاسم الكامل
Signature: _____ : التوقيع

Reviewers Name: _____ / _____ / _____ : اسم مراجع البيانات Date of Issue:/...../..... : تاريخ التحرير

5. Data to be filled by Birth & Death Reg Section :

٥. بيانات تملأ من قبل قسم تسجيل المواليد والوفيات :

Reg. No: : رقم التسجيل Date of Reg: _____ : تاريخ التسجيل
Reviewers Name in Archive Office : _____ : اسم مراجع البيانات بمكتب الأرشيف

Date of Issue: _____ : تاريخ التحرير

Notes: _____ : ملاحظات

ملاحظة : تقدم هذه الاستمارة بعد ملئها لقسم تسجيل المواليد والوفيات مرفق معها نسخة من جواز السفر أو البطاقة السكانية أو الهوية لصاحب الطلب ووالديه وكذلك المبلغ (نسخة من شهادة الميلاد إن وجدت)

Note: Completed form should be presented to Birth & Death Reg. Section with copy of passports or CPR Card or ID Card for applicant's, his parent's and informant (copy of birth certificate if available)