



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES
EMBAIXADA DO BRASIL NO CAIRO

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE NASCIMENTO

(Preencher a máquina ou em letra de forma)

NOME DO(A) DECLARANTE		Tel. (trabalho)	Tel. (residência)
		()	()
DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (por extenso)			
Dia: _____		Mês: _____	
		Ano: _____	
Horas: _____		Minutos: _____	
HOSPITAL			
Nome _____			
Cidade _____		Estado _____	
SEXO	NOME DA CRIANÇA		
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
MÃE (nome completo)		DATA DE NASCIMENTO	
_____		_____	
		dia	mês
NATURAL DE (cidade/estado)		ano	
_____		NACIONALIDADE	
_____		_____	
PROFISSÃO	IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO		
_____	_____		
PAI (nome completo)		DATA DE NASCIMENTO	
_____		_____	
		dia	mês
PROFISSÃO		ano	
_____		NATURAL DE (cidade/estado/país)	
_____		_____	
ENDEREÇO DOS PAIS DA CRIANÇA (rua/nº/cidade/estado/cep)			
Rua/nº _____			
Cidade	Estado	Cep	
_____	_____	_____	
AVÓS PATERNOS (nome completo)	Sr.		
	Sra.		
AVÓS MATERNOS (nome completo)	Sr.		
	Sra.		

Data: ____ / ____ / ____ ano

Assinatura do(a) declarante _____