



Région : _____
Département : _____
Arrondissement : _____
District de Santé : _____
Aire de santé : _____
Formation Sanitaire : _____
Ville ou Village ou Quartier : _____

Region: _____
Division: _____
Subdivision: _____
Health District: _____
Health Facility: _____
Town or Village or Quarter: _____

DECLARATION DE NAISSANCE / BIRTH DECLARATION

N° _____ / 20 _____

Bien vouloir lire attentivement les instructions avant de remplir le formulaire/Kindly read the instructions before completing this form

Section 1: Renseignements sur l'enfant / Child's information (instruction N°1)

Noms/Name :		Prénoms/Surname:	
*Date de naissance/Date of Birth :		*Lieu de naissance/Place of Birth (Ville/Town, Village/Village) :	
*Sexe/Sex : (Masculin/Male <input type="checkbox"/> Féminin/Female <input type="checkbox"/>			
Type de naissance / Type of birth :		Rang de naissance / Rank of birth :	
Poids de l'enfant / Weight of child :		Taille de l'enfant / Height of child :	
Personne ayant assisté la mère au moment de l'accouchement : Medecin <input type="checkbox"/> Sage femme <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>			

Section 2: Renseignements sur la mère / Mother's information (instruction N°2)

*Noms et Prénoms / Name and Surname :			
*Date et lieu de naissance / Date and Place of birth :			
*Domicile / Domicile :		Durée de la résidence / Duration of residence :	
Profession / Profession :		Contact / Phone number :	
Situation matrimoniale / Marital Status : <input type="checkbox"/> Célibataire/Single <input type="checkbox"/> Mariée / Married <input type="checkbox"/> Divorcée/Divorced <input type="checkbox"/> Veuve /Widow			
Niveau de scolarité/ Level of education : <input type="checkbox"/> Primaire/Primary <input type="checkbox"/> Secondaire/Secondary <input type="checkbox"/> Supérieur/Higher <input type="checkbox"/> Sans/Null			
Nationalité / Nationality :		N°CNI ou autres/N°NIC or Others :	
Nombre d'enfants vivant durant sa vie :		Nombre de décès foetal : Date dernier décès vivant :	

Section 3: Renseignements sur le père / Father's information (instruction no 3)

Nom et Prénoms / Name and Surname:			
Date et lieu de naissance / Date and Place of birth:			
Domicile / Domicile:			
Profession / Profession:		Contact / Phone number :	
Niveau de scolarité/ Level of education : <input type="checkbox"/> Primaire/Primary <input type="checkbox"/> Secondaire/Secondary <input type="checkbox"/> Supérieur/Higher <input type="checkbox"/> Sans/Null			
Nationalité / Nationality :		N°CNI ou autres/N°NIC or Others :	

Section 4: Renseignements sur le déclarant / Declarant's information

*Noms et Prénoms / Name and Surname		
*Qualité / Status :		
Contact / Phone number :		
Nous attestons que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes.		Signature : (Père / Mère / Personne en charge de l'enfant / Father / Mother / Person in charge of the child)
we testify that the information provided in this form are valid.		Date (jj/mm/aaaa-dd/mm/yyyy)
		Signature du déclarant / Declarant signature
		Date (jj/mm/aaaa-dd/mm/yyyy)

Section 5: Accusé de réception de l'Officier d'état civil / Acknowledgment of receipt of the Civil Status Registrar

J'atteste avoir reçu cette déclaration de naissance / I testify to have received this birth declaration.		Signature	Date de réception (jj/mm/aaaa)/ réception date (dd/mm/yyyy)
Nom et prénom / Name and Surname : _____			
Qualité/Status : _____			
Centre d'état civil/ Civil Status Registrar Office _____			