



महाराष्ट्र शासन
Government of Maharashtra
आरोग्य विभाग
Health Department

प्रमाणपत्र निर्गमित करणा-या स्थानिक क्षेत्राचे नाव _____
Name of the local body issuing Certificate _____

जन्म प्रमाणपत्र / BIRTH CERTIFICATE

आधारकार्ड क्रमांक:

Adhar Card

बालाचे पूर्ण नाव:

Number:

732647836473

Name of Child:

Sex:

जन्म तारीख:

लिंग:

Ravi Singh

Male

रवी सिंह

Date of Birth:

Place of Birth:

जन्म तारीख:

जन्म ठिकाण:

01-02-1994

mumbai

आईचे पूर्ण नाव:

Full Name of

Full Name of Mother:

Father:

mewati yadav

Ramnayan Yadav

बालाचे जन्मावेळी आई

आई वडिलांचा

वडिलांचा पत्ता:

कायमचा पत्ता:

Address of parents at the
time of birth of the child:

Permanent

301 c wing vedant millenia

Address of the parents:

नोंदणी क्रमांक:

Date of

Registration No.:

Registration:

8433612129

05-10-2025

शेरा:

Remarks (if any):

approve

प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक:

निर्गमक, जन्म-मृत्यू नोंदणी अधिकारी, ग्रामपंचायत

Certificate Issue Date:

_____, ता._____, जि. _____

05-10-2025

शिक्का / Seal