

Solicitud de Registro de Nacimiento

Oficina Consular: Embajada de México en Ottawa, Canadá. Sección Consular.

Fecha: DD / MM / AAAA

Registrado

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Hora: _____ hrs.

Lugar de nacimiento: _____

Fue presentado: Vivo Muerto Sexo: Masculino Femenino

Compareció: El padre La madre Ambos Persona Distinta

Unión de los padres: 1. Casados 2. Unidos libremente 3. Separados 4. Divorciados 5. Solteros

Padre

Nombre del padre: _____ Edad: _____ años

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____

Posición en el trabajo: <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Jornalero o peón <input type="checkbox"/> Patrón o empresario <input type="checkbox"/> Miembro de cooperativa <input type="checkbox"/> Trabajador no remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia vía pública <input type="checkbox"/> O en su vivienda <input type="checkbox"/> O en su establecimiento	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____
--	---

Domicilio(s): _____

Correo electrónico: _____ Número telefónico: _____

Madre

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ años

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____

Posición en el trabajo: <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Jornalero o peón <input type="checkbox"/> Patrón o empresario <input type="checkbox"/> Miembro de cooperativa <input type="checkbox"/> Trabajador no remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia vía pública <input type="checkbox"/> O en su vivienda <input type="checkbox"/> O en su establecimiento	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____
--	---

Domicilio(s): _____

Correo electrónico: _____ Número telefónico: _____

Abuelos

Abuelo paterno: _____ Nacionalidad _____ Finado: Si No

Abuela paterna: _____ Nacionalidad _____ Finado: Si No

Domicilio(s): _____

Abuelo materno: _____ Nacionalidad _____ Finado: Si No

Abuela materna: _____ Nacionalidad _____ Finado: Si No

Domicilio(s): _____

Testigos

Nombre: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio(s): _____ Edad: _____ años

Nombre: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio(s): _____ Edad: _____ años