

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Ребенок родился: число \_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, час \_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_
3. Дата рождения матери: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_
4. Место постоянного жительства (регистрации) матери ребенка:  
республика, край, область \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_  
город (село) \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
5. Местность: городская  1, сельская  2
6. Пол: мальчик  1, девочка  2

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации	Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация
Наименование медицинской организации _____ адрес _____ Код по ОКПО _____ Для индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность: Номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности _____ адрес _____	форма N 103/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. N 1687н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Ребенок родился: число \_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, час \_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_

Мать

Ребенок

2. Фамилия, имя, отчество _____	11. Фамилия ребенка _____
3. Дата рождения <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> число      месяц      год	12. Место рождения: республика, край, область _____ район _____ город (село) _____

4. Место постоянного жительства (регистрации): республика, край, область \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

5. Местность: городская [1], сельская [2]

6. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке [1], не состоит в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3]

13. Местность: городская [1], сельская [2]

14. Роды произошли: в стационаре [1], дома [2], в другом месте [3], неизвестно [4]

15. Пол: мальчик [1], девочка [2]

Оборотная сторона

7. Роды произошли: в стационаре [1], дома [2], в другом месте [3], неизвестно [4]

8. \_\_\_\_\_ (должность врача (фельдшера, акушерки), выдавшего медицинское свидетельство) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

9. Получатель

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество и отношение к ребенку)

\_\_\_\_\_ (документ, удостоверяющий личность получателя, серия, номер, кем выдан;

\_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий полномочия получателя)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20.... г. Подпись получателя \_\_\_\_\_

----- линия отреза -----

7. Образование:

профессиональное: высшее [1],

неполное высшее [2], среднее [3],

начальное [4];

общее: среднее (полное) [5],

основное [6], начальное [7];

не имеет образования [8];

16. Масса тела ребенка при рождении

\_\_\_\_\_ г

17. Длина тела ребенка при рождении

\_\_\_\_\_ см

18. Ребенок родился:

при одноплодных родах \_\_\_\_\_

при многоплодных родах: \_\_\_\_\_  
которым по счету \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

неизвестно

8. Занятость: была занята в  
экономике: руководители и  
специалисты высшего уровня  
квалификации  , прочие  
специалисты  , квалифицированные  
рабочие  , неквалифицированные  
рабочие  , занятые на военной  
службе  ; не была занята в  
экономике: пенсионеры  ,  
студенты и учащиеся  ,  
работавшие в личном подсобном  
хозяйстве  , безработные  ,  
прочие  .

9. Срок первой явки к врачу  
(фельдшеру, акушерке)  недель

10. Которым по счету ребенок был  
рожден у матери

число родившихся

19. Лицо, принимавшее роды:  
врач-акушер-гинеколог  , фельдшер, акушерка  , другое лицо

20. \_\_\_\_\_ (должность врача (фельдшера, акушерки),  
заполнившего медицинское  
свидетельство) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя,  
отчество)

Руководитель медицинской организации,  
Индивидуальный предприниматель,  
осуществляющий медицинскую деятельность  
(нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя,  
отчество)

*(Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи")*