

# Solicitud de Registro de Nacimiento

Oficina Consular: Consulado General de México en Toronto.

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: \_\_\_\_\_

<b>Posición en el trabajo:</b> <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	<b>Escolaridad:</b> <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: \_\_\_\_\_

<b>Posición en el trabajo:</b> <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	<b>Escolaridad:</b> <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