



نموذج رقم (1)

مكتب السجل المدني/
رقم ورقة العائلة/
رقم قيد العائلة /
رقم القيد بالسجل /
رقم الصفحة /

المدينة:.....	(سجل واقعات الولادة)	السنة:.....
المحلة:.....	مستخرج رسمي لإثبات واقعة الميلاد	الشهر:.....
مكتب السجل المدني:.....		سند القيد:.....

الإسم الثلاثي :اللقب:.....
تاريخ الولادة بالحروف: اليوم :من الشهر :السنة :
الموافق: اليوم :الشهر :لسنة:.....
مكان الولادة : المدينة :الدولة :
جنس المولود :نوع الولادة :
إسم الأب :جنسيته :مهنته :
دينه :تاريخ الزواج :
إسم الأم :جنسيتها :مهنتها :
تاريخ التبليغ/ اليوم :الشهر :السنة :
إسم المبلغ يذكر الأسم والعنوان ((فرداً أو جهة)):.....
للإستعمال الرسمي .

(ملاحظة)

.....
.....
إسم الموظف الذي قام بالقيد وتوقيعه :
تاريخ القيد/ اليوم :الشهر :السنة :



نموذج رقم (2) مكرر

مكتب السجل المدني /
رقم ورقة العائلة /
رقم قيد العائلة /
رقم القيد بالسجل /
رقم الصفحة /

.....: السنة	(شهادة ميلاد)	: المدينة
.....: الشهر	مستخرج رسمي لإثبات واقعة	: المحلة
.....: سند القيد	الميلاد	: مكتب السجل المدني

الإسم ثلاثي :
تاريخ الولادة بالحروف: اليوم : من شهر : السنة :
الموافق: اليوم : الشهر : لسنة :
مكان الولادة : المدينة : الدولة :
جنس المولود : نوع الولادة :
إسم الأب : جنسيته : مهنته :
ديانته : تاريخ الزواج :
إسم الأم : جنسيتها : مهنتها :
تاريخ التبليغ / اليوم : الشهر : السنة :
اسم المبلغ يذكر الاسم والعنوان ((فرداً أو جهة)) :
للاستعمال الرسمي .

(ملاحظة)

.....
.....
تاريخ القيد / اليوم : الشهر : السنة :
اسم الموظف الذي قام بالقيد : توقيع :



نموذج رقم (32)

رقم القيد :
ورقة العائلة :
كتيب العائلة :
السجل المدني المقيد :

تبليغ عن ولادة

(يقدم للسجل المدني بالداخل والقنصليات بالخارج)

أولا :

الحالة الطبية للمولود . (تقدم من الطبيب أو القابلة أو الجهة التي تمت بها الولادة) .
تنبيه : يؤشر بعلامة (✓) على البيانات الصحيحة .
تاريخ الولادة : الموافق : / /
مكان الولادة : مستشفى :

جنس المولود

أنثى	ذكر	اكثر من توأم	توأم	فردية
------	-----	--------------	------	-------

حالة المولود

ميتاً	حيّاً
-------	-------

نوع الولادة

أسبوع	كامل النمو	قيصرية	طبيعية
-------	------------	--------	--------

وزن المولود عند الولادة :
إسم الأم بالكامل :
جنسيتها :
عدد الولادات السابقة : (.....)
إسم الطبيب أو القابلة :
التوقيع والختم : التاريخ :



ثانياً : الحالة المدنية (تقدم للسجل المدني)
يؤشر بعلامة (✓) على الجهات التي قدمت التبليغ

مركز شرطة	دار رعاية	مؤسسة إصلاح	مستشفى
--------------	--------------	----------------	--------

إسم الجهة :
أسباب تقديم التبليغ :

(غير شرعية)	(شرعية)
---------------	-----------

إذا كان المبلغ أحد الأشخاص

يؤشر بعلامة (✓) على من قدم التبليغ

الوالدة أو القابلة	مقيم مع الأم بمسكن واحد	من حضر الولادة من الأقارب	والد الطفل
رئيس بعثة الحج	قائد الطائرة أو الربان الباحرة	مدير المؤسسة أو السجن الذي وقعت به الولادة	مدير المستشفى أو المستوصف

بيانات عن المبلغ

الإسم بالكامل اللقب البطاقة الشخصية
رقم مستند السفر للأجانب المهنة
التوقيع تاريخ التبليغ

خاص بوالد المولود

الإسم الأب الجد اللقب
إسم الأم الثلاثي رقم ورقة العائلة
رقم كتيب العائلة صادر بـ البطاقة الشخصية
الجنسية المهنة الديانة
تاريخ الزواج
عنوان الإقامة المحلة التوقيع



خاص بالمولود

توأم	فردى	أنثى	ذكر
كامل النمو	ميت	حي	

الإسم المختار : اللقب : مكان الميلاد :

تاريخ الميلاد : (بالحروف) الموافق

شهادات الشهود عند الاقتضاء

1) الشاهد الأول
الإسم واللقب: رقم البطاقة الشخصية التوقيع

2) الشاهد الثاني
الإسم واللقب: رقم البطاقة الشخصية التوقيع

تصديق رئيس القسم القنصلى / السجل المدنى

ثالثاً: الإجراءات

أنا الموقع أدناه المسؤول القنصلى بسفارة ليبيا في واشنطن أقر بأنني تلقيت التبليغ عن ولادة
حسب البيانات المدونة بهذه الاستمارة وتحققت من صحتها
ومن الإثباتات اللازمة لقيدها وقيدت تحت رقم (.....) شهر لسنة
تاريخ الاكتتاب بالحروف

الإسم :
التوقيع :
التاريخ :

الختم :



رقم/

صورة
شخصية

نموذج خاص بالليبيين المقيمين في الولايات المتحدة الأمريكية

الإسم..... إسم الأب..... إسم الجد..... اللقب.....
Full Name
مكان الميلاد..... تاريخ الميلاد..... مكان و تاريخ ميلاد الأب.....
إسم الأم..... جنسيتها..... مكان ميلادها.....
المؤهل العلمي..... مكان الحصول عليه.....
المهنة بالتحديد..... مكان العمل..... الجهة الموقفة.....
رقم جواز السفر..... الصلاحية..... مكان و تاريخ صدور.....
رقم البطاقة الشخصية..... مكان و تاريخ صدور.....
عنوان الإقامة الحالي بأمريكا.....
رقم الهاتف بأمريكا..... البريد الإلكتروني.....
عنوان الإقامة في ليبيا..... رقم الهاتف.....
عنوان الأقارب في ليبيا..... رقم الهاتف.....
نوع الإقامة في الولايات المتحدة : ☐ تجنس . ☐ إقامة دائمة ☐ إقامة مؤقتة ☐ برفقة الزوج/الزوجة.
إسم الزوج/ الزوجة..... تاريخ الميلاد.....
جنسيته/ جنسيتها..... تاريخ و مكان الزواج.....

الأبناء

م	الإسم	الجنسية	م	الإسم	الجنسية
1			2		
3			4		
5			6		

التوقيع : التاريخ :