**RÉPUBLIQUE DE GUINÉE**

*Travail - Justice - Solidarité*

**Région Administrative :** .....
**Préfecture / Ville :** .....
**Commune (U/R) :** .....
**Centre d'État Civil :** .....

# FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE NAISSANCE

Déclaration obligatoire à souscrire dans les délais légaux auprès de l'officier de l'état civil (Loi portant Code de l'État Civil en Guinée)

**N° de Déclaration :** _____ **Date de déclaration :** ...../...../20..... **N° Registre / Feuillet :** _____

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

**Nom de famille :** ..... **Prénom(s) :** .....

**Sexe :** ☐ Masculin (M) ☐ Féminin (F) **Date de naissance :** Le ..... / ..... / 20..... à ..... h ..... min

**Lieu de naissance :** ☐ Structure Sanitaire (Hôpital / Maternité / Centre de santé) ☐ Domicile

**Nom Formation/Quartier :** .....

**Rang / Type de naissance :** ☐ Simple ☐ Jumeaux / Multiple **N° Carnet / Certificat de Naissance :** .....

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

| A. RENSEIGNEMENTS SUR LE PÈRE | | B. RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE | |
|---|---|---|---|
| **Nom :** | ..... | **Nom :** | ..... |
| **Prénom(s) :** | ..... | **Prénom(s) :** | ..... |
| **Date / Lieu Nais. :** | ..... | **Date / Lieu Nais. :** | ..... |
| **Nationalité :** | ..... | **Nationalité :** | ..... |
| **Profession :** | ..... | **Profession :** | ..... |
| **Domicile :** | ..... | **Domicile :** | ..... |
| **N° Pièce ID :** | ..... | **N° Pièce ID :** | ..... |

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LE / LA DÉCLARANT(E)

**Nom :** ..... **Prénom(s) :** .....

**Lien / Qualité :** ☐ Père ☐ Mère ☐ Sage-femme / Agent de santé ☐ Autre parent / Proche **Téléphone :** .....

**Domicile actuel :** ..... **N° Pièce Identité :** .....

**Rappel Légal :** Conformément au Code de l'État Civil de la République de Guinée, la déclaration de naissance doit être faite dans les délais réglementaires légaux à compter de l'accouchement, sur présentation du certificat d'accouchement délivré par la structure sanitaire ou d'un témoin de la naissance.

| LE / LA DÉCLARANT(E) | AGENT / STRUCTURE DE SANTÉ | L'OFFICIER D'ÉTAT CIVIL |
|---|---|---|
| *Nom, Date & Signature / Empreinte digitale* | *Signature & Cachet de la maternité / centre* | *Nom, Signature & Cachet Officiel* |