

VILLE DE NEW YORK  
CERTIFICAT D'ÉTAT CIVIL

ÉTAT CIVIL  
SERVICE DE LA SANTÉ  
DISTRICT DE MANHATTAN

CERTIFICAT DE NAISSANCE

DATE D'ENREGISTREMENT

156-00-00000

N° de naissance

<date> <heure>

1. NOM COMPLET DE L'ENFANT		Prénom <prénom>		Deuxième prénom <deuxième prénom>		Nom <nom>	
2. SEXE <b>Masculin</b>		3b. NOMBRE D'ENFANTS lors de cette naissance 1 3b.		4a. DATE (Jour) (Mois) (Année) DE LA NAISSANCE <date> <date> <date>		4b. HEURE DE LA NAISSANCE <heure>	
5. LIEU DE NAISSANCE		5a. VILLE NEW YORK QUARTIER <b>Manhattan</b>		5b. Hôpital ou institution <b>Lenox Hill Hospital</b>		5c. TYPE D'ETABLISSEMENT <input checked="" type="checkbox"/> Hôpital	
6a. NOM DE JEUNE FILLE COMPLET DE LA MÈRE <prénom> <deuxième prénom> <nom>				6b. AGE DE LA MERE <b>33</b>		6c. LIEU DE NAISSANCE DE LA MÈRE <b>Brooklyn, New York</b>	
7. DOMICILE HABITUEL DE LA MERE		7c. Ville ou commune		7d. Numéro de poste		7e. Dans l'agglomération ?	
a. ETAT <b>N.Y.</b>		b. COMTE <b>Westchester</b> <commune>		<ville> <adresse>		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	
8a. NOM COMPLET DU PÈRE <prénom> <deuxième prénom> <nom>				8b. AGE DU PÈRE <b>43</b>		8c. LIEU DE NAISSANCE DU PÈRE <ville>, France	
9a. NOM DE LA PERSONNE AYANT ASSURÉ LE COUCHÈMENT <b>Dr. Reginald T. Puckett</b>				JE CERTIFIE QUE CET ENFANT EST NÉ AU LIEU ET A LA DATE INDIQUÉE			
Information supplémentaire ou corrections				(Signé) [le document est signé]			
Date _____ Officer d'état civil _____				Nom du signataire <b>DR Reginald T. Puckett</b>			
				Adresse <b>55 East 73rd Street, NYC</b>			
				Date de la signature <date> 19 <date>			

BUREAU DE L'ÉTAT CIVIL

SERVICE DE LA SANTÉ

VILLE DE NEW YORK

indiquer ici l'adresse de la mère.

Une copie de ce certificat lui sera envoyée par courrier dès enregistrement auprès du service de la santé – bureau de l'état civil.

Nom	<prénom> <deuxième prénom>
Adresse	<adresse> <adresse>
Ville	<commune> State <b>N.Y.</b> CP <b>00000</b>

Ceci pour certifier que le document ci-dessus est une copie conforme d'un acte de naissance enregistré au Service de la Santé et de l'Hygiène Mentale. Ce service ne garantit pas la fiabilité des informations fournies pour la délivrance de ce certificat

Ce certificat est sans valeur s'il ne porte pas les marques d'authenticité indiquées au verso. Toute reproduction ou modification de ce document en vue de violer ou de se soustraire aux dispositions du Code de la Santé ou de toute autre loi est punissable par l'art. 3.19 (b) du Code de la Santé de la Ville de New York

DATE DE DÉLIVRANCE <date> <date>

Steven P. Schwartz [facsimile de signature]

Steven P.; Schwartz, Ph.D.; Officier d'état civil

[sceau de la Ville de New York]



0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

[sceau de la ville de New York, Service de la Santé et de l'Hygiène Mentale]



ANY ALTERATION OR ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE

AFFIDAVIT / CERTIFICATION DE TRADUCTEUR AU VERSO