**Приложение N 2
к**[**приказу**](http://base.garant.ru/70113066/)**Министерства
здравоохранения и
социального развития РФ
от 27 декабря 2011 г. N 1687н**

*ГАРАНТ:*

*О порядке выдачи медицинского свидетельства о рождении см.*[*сообщение*](http://base.garant.ru/70130122/)*Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2011 г. и*[*письмо*](http://base.garant.ru/70119638/)*Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2011 г. N 15-4/4240-07*

**ФОРМА N 103/У**

 **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 | |Код формы по [ОКУД](http://base.garant.ru/179139/) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|развития Российской Федерации | |Медицинская документация |

|----------------------------------------------| |----------------------------------------------|

|Наименование медицинской организации | |**форма N 103/у** |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |Утверждена [приказом](http://base.garant.ru/70113066/) Министерства |

|адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |здравоохранения и социального развития |

|Код по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. |

|Для индивидуального предпринимателя, | |N 1687н |

|осуществляющего медицинскую деятельность: | | |

|Номер и дата выдачи лицензии на осуществление | | |

|медицинской деятельности | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

\----------------------------------------------/ \----------------------------------------------/

 **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /---\ /---\ /-------\ |12. Место рождения:

 3. Дата рождения | | | | | | | | | | | |республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \---/ \---/ \-------/ |район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 число месяц год |город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4. Место постоянного жительства (регистрации) | /-\ /-\

 республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |13. Местность: городская|1|, сельская|2|

 район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \-/ \-/

 город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |14. Роды произошли:

 улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ | /-\ /-\ /-\

 /-\ /-\ |в стационаре|1|, дома|2|, в другом месте|3|,

 5. Местность: городская |1|, сельская |2| | /-+-/ \-/ \-/

 \-/ \-/ |неизвестно|4|

 6. Семейное положение: состоит в | \-/ /-\ /-\

 /-\ |15. Пол: мальчик|1|, девочка|2|

 зарегистрированном браке |1|, | \-/ \-/

 \-/ /-\ |

 не состоит в зарегистрированном браке |2|, |

 /-\ \-/ |

 неизвестно |3| |

 \-/ |

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------

**Оборотная сторона**

 /-\ /-\ /-\ /-\

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

 \-/ \-/ \-/ \-/

 8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество)

 выдавшего медицинское свидетельство)

 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: /-\ /-\ |16. Масса тела ребенка при рождении | | | | | г

 профессиональное: высшее|1|, неполное высшее|2|, | \-------/

 /-\ /-\\-/ \-/ | /---\

 среднее|3|, начальное|4|; |17. Длина тела ребенка при рождении | | | см

 \-/ \-+-\ /-\ | \---/

 общее: среднее (полное)|5|, основное|6|, |18. Ребенок родился:

 /-\ \-/ \-/ | при одноплодных родах /-\

 начальное|7|; | при многоплодных родах: которым по счету| |

 \-/ /-\ /-\ | \-/

 не имеет образования|8|; неизвестно|9| | /-\

 \-/ \-/ | число родившихся| |

 8. Занятость: была занята в экономике: | \-/

 руководители и специалисты высшего уровня |

 /-\ /-\ |

 квалификации|1|, прочие специалисты|2|, |

 \-/ /-\ \-/ |

 квалифицированные рабочие|3|, неквалифицированные |

 /-\ \-/ /-\ |

 рабочие|4|, занятые на военной службе|5|; не была |

 \-/ /-\ \-/ |

 занята в экономике: пенсионеры|6|, студенты и |

 /-\ \-/ |

 учащиеся|7|, работавшие в личном подсобном |

 \--\ /-\ /--\ |

 хозяйстве|8|, безработные|9|, прочие|10|. |

 \-/ \-/ \--/ |

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

 /---\ |

 | | | недель |

 \---/ |

 10. Которым по счету ребенок был рожден у |

 /---\ |

 матери | | | |

 \---/ |

----------------------------------------------------------------------------------------------------

19. Лицо, принимавшее роды:

 /-\ /-\ /-\

врач-акушер-гинеколог|1|, фельдшер, акушерка|2|, другое лицо|3|

 \-/ \-/ \-/

20. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество)

 заполнившего медицинское свидетельство)

 Руководитель медицинской организации,

 Индивидуальный предприниматель,

 осуществляющий медицинскую деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (нужное подчеркнуть) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать