**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