



## إقرار وتعهد بتسمية مولود

### Consent & Pledge to Name the Newborn

I, the undersigned/...../أقر أنا الموقع ادناه/

Nationality /...../الجنسية /

Civil ID No/...../الرقم المدني/

بصفتي والد ( المولود / المولودة ) النوع ( ) المولود بمستشفى الأحمدى.

As I am the father of ( Baby Boy / Baby Girl ) Gender ( ) who was born in Ahmadi Hospital.

Date Of Birth / / 20 تاريخ الولادة / / 20

I acknowledge to name the baby /...../أقر بتسمية المولود /

Mother's Name/...../إسم الأم/

Mother's Nationality/...../جنسية الأم/

Mother's Civil ID No/...../الرقم المدني للأم/

وهذا إقرار مني بذلك دون تحمل وزارة الصحة أدنى مسؤولية.

And here is my acknowledgment without afford any responsibility to the Ministry of Health.

المقر بما فيه – legal representative

Name...../الإسم/

Signature...../التوقيع/

Date...../التاريخ/

الموظف المختص بمراجعة البيانات

...../الإسم/

...../الوظيفة/

...../التوقيع/

...../الختم/