

## A. IDENTIFICATION DE LA COMMUNE

Commune

Commune associée

Code commune ou commune associée

Type de registre Unique  Autre  Si autre, préciser

N° d'acte  N° d'ordre du bulletin de naissance

## B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ENFANT

Nom de famille

Prénom(s)

Déclaration conjointe de choix de nom Oui  Non  Si oui, à quelle date ?     
jour mois année

Sexe Masculin  Féminin

Date de naissance     
jour mois année

Nombre d'enfant(s) issu(s) de l'accouchement   
*(Tous les enfants issus de l'accouchement : en vie et sans vie)*

## C. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA MÈRE AYANT ACCOUCHÉ

Nom de famille

Prénom(s)

Date de naissance     
jour mois année

Lieu de naissance Polynésie française  Autre

Commune

Commune associée

Département et Pays

Nationalité Française  Autre  Si autre, préciser   
*(à la naissance de l'enfant)*

Activité principale En emploi  Étudiante  Retraitée  Sans emploi

Si en emploi, quelle profession ?

Si en emploi, quelle situation ? Salariée du secteur public  Autre salariée  À son compte

Domicile habituel Commune

Commune associée

Département et Pays

## D. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PÈRE OU À LA MÈRE N'AYANT PAS ACCOUCHE

Nom de famille

Prénom(s)

Sexe Masculin  Féminin

Date de naissance     
*jour mois année*

Lieu de naissance Polynésie française  Autre

Commune

Commune associée

Département et Pays

Nationalité Française  Autre  Si autre, préciser   
*(à la naissance de l'enfant)*

Activité principale En emploi  Étudiant(e)  Retraité(e)  Sans emploi

Si en emploi, quelle profession ?

Si en emploi, quelle situation ? Salarié(e) du secteur public  Autre salarié(e)  À son compte

Domicile habituel Commune

Commune associée

Département et Pays

## E. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FILIATION

Les parents sont-ils ? Mariés  Le     
*jour mois année*

Pacsés  Le     
*jour mois année*

Dans une autre situation (célibataire, union libre, veuf(ve), etc.)

Acte de reconnaissance Par le père  Par la mère  Conjointement par les deux parents

Le     
*jour mois année*

## F. AUTRES RENSEIGNEMENTS

### Lieu d'accouchement

Dans un établissement spécialisé (hôpital, clinique, maternité, etc.) ou maison de naissance

Dans un autre lieu avec assistance médicale (médecin, sage-femme, SAMU, pompier, etc.)

Dans un autre lieu sans assistance médicale

La mère a-t-elle eu d'autres enfants nés vivants (y compris ceux confiés en adoption/fa'a'amu) ?  
*(Y compris d'autres unions)*

Oui  Si oui, combien ?  Si oui, date de la précédente naissance ?     
*jour mois année*

Non

Fait le     
*jour mois année*

Le maire, le délégué ou  
le préposé à l'état civil