

የህፃን/የልጅ ምዝገባ መጠየቂያ ቅጽ/Child registration form

1. የህፃኑ ስም/Child Name _____ የአባት ስም/Father's Name _____
አያት ስም/Grand Father Name _____ የትውልድ ቦታና ቀን/Place & date of birth _____
 2. የህፃኑ ስም/Child Name _____ የአባት ስም/Father's Name _____
አያት ስም/Grand Father Name _____ የትውልድ ቦታና ቀን/Place & date of birth _____
 3. የህፃኑ ስም/Child Name _____ የአባት ስም/Father's Name _____
አያት ስም/Grand Father Name _____ የትውልድ ቦታና ቀን/Place & date of birth _____
-
4. የአባት ስም/Father's Name _____ ዜግነት/Nationality _____
የፓስፖርት ቁጥር/Passport no. _____ የመለያ ቁጥር/Personal no. _____
የኢትዮጵያ ተወላጅ መታወቂያ ካርድ ቁጥር/Person ID. _____ የስልክ ቁጥር/Tel. _____
 5. የእናት ስም/Mother's name _____ ዜግነት/Nationality _____
የፓስፖርት ቁጥር/Passport no. _____ የመለያ ቁጥር/Personal no. _____
የኢትዮጵያ ተወላጅ መታወቂያ ካርድ ቁጥር/Person ID. _____ የስልክ ቁጥር/Tel. _____
 6. የሚኖሩበት አገር/Residence _____ አድራሻ/Address _____
-

ከዚህ በላይ የተጠቀሰው እውነትና ትክክለኛ ለመሆኑ በፊርማዬ/በፊርማችን እናረጋግጣለን።
I/We hereby confirm, that all the above statements are true.

የአባት ስምና ፊርማ/Name of Father and signature:- _____

የእናት ስምና ፊርማ/Name of Mother and signature:- _____

ማሳሰቢያ:- የእናት፣ የአባትና የልጅን ስም የሚያሳይ የልደት ሰርተፊኬት ወይም ተመሳሳይ መረጃ መቅረብ አለበት።
Attach child's birthday document, which shows parents name, or similar documents.

የኤምባሲው ባለስልጣን ፊርማ/ Embassy's Signature _____

ለቢሮ ሥራ ብቻ/For Office Use Only _____

የፓስፖርት ቁጥር /Passport no. _____ ቀን/Date _____ ፋይል ቁጥር/File no. _____
የተከፈለው ገንዘብ/Amount paid _____ የደረሰኝ ቁጥር/Receipt no. _____

Postal Address: - Embassy of The Federal Democratic Republic of Ethiopia, Löjtnantsgatan 17, P.O.Box 10148, 100 55 Stockholm, SWEDEN, Telephone: - (0046)-8-6609166/6656030, Fax: - (0046)-8-6609561, Visiting hours: 9:00-12:00 AM, E-mail. ethemb.consular@telia.com