



CHAKLALA CANTONMENT BOARD

Murree Road, Saddar Rawalpindi, Postal Code 46200
24/7 Help Line 051-9272476 Tel 051-9270160 Fax 051-9270150

www.ccb.gov.pk [FB/Chaklalachb](https://www.facebook.com/Chaklalachb) cb.chaklala@gmail.com

APPLICATION FORM FOR BIRTH REGISTRATION

Applicant's Details

درخواست دہندہ

Applicant Name	_____	درخواست دہندہ کا نام
Applicant CNIC No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ نمبر
Relation of Child	_____	بچے کا درخواست دہندہ سے رشتہ

Child Details

بچے کے کوائف

Date of Birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	تاریخ پیدائش
Child Name	_____	بچے کا نام
Gender	_____	جنس
Place of Birth	_____	جائے پیدائش
Dr. Name	_____ ڈاکٹر کا نام _____ دائی کا نام	کیا جڑواں بھائی یا بہن ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
Vaccinated	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Disability <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Old Registration No.	<input type="text"/>	Religion _____ مذہب
Registration Date	<input type="text"/>	

Parents Information

والدین کی معلومات

Father Name	_____	والد کا نام
Father CNIC/ Passport No.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	والد کا شناختی کارڈ نمبر / پاسپورٹ نمبر
Nationality	_____	قومیت
Mother Name	_____	والدہ کا نام
Mother CNIC/ Passport No.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	والدہ کا شناختی کارڈ نمبر / پاسپورٹ نمبر
Nationality	_____	قومیت
Grand Father Name	_____	دادا کا نام
Grand Father CNIC No.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	دادا کا شناختی کارڈ نمبر

Address

پتہ

House No.	<input type="text"/>	ملک کا نام	مکان نمبر
Street No	_____		سٹریٹ نمبر
Block/Sector	<input type="text"/>	<input type="text"/>	سیکٹر / بلاک
Mohalla	_____		محلہ
Address Information	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ضلع
Postal/Zip Code	<input type="text"/>		گاؤں / شہر
			اضافی پتہ

