

2/17

PIEME NO: 133010614955

பெருநகர சென்னை மாநகராட்சி

சுகாதாரத் துறை

படிவம் எண். 1

பிறப்பு அறிக்கை

(சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள்)

இந்தப் பகுதி பிறப்புப் பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை :

1. பிறந்த தேதி: 23/12/2023
(குழந்தையின் சரியான பிறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்)
(உதாரணம், 01.01.2000)
2. பாலினம்: FEMALE
(ஆண் அல்லது பெண் என்று முழுமையாக எழுதவும்)
3. குழந்தையின் பெயர்: _____
(ஏதேனும் இருப்பின், பெயர் வைக்கப்படவில்லை எனில் காலியாக விடவும்)
4. தந்தையின் பெயர்: P. DHANASEKAR
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின்

8	4	4	3	1	2	7	2	4	0	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5. தாயின் பெயர்: D. GEETHA
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின்

3	7	7	9	0	8	9	7	8	0	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
6. குழந்தை பிறப்பின் போது பெற்றோரின் முகவரி: OLD NO. 35, NEENNO. 68
VANNIER STREET, KODAMBAKKAM, CHENNAI - 600024
7. பெற்றோரின் நிலையான முகவரி: SAME AS ABOVE
8. பிறந்த இடம்: MEDWAY HOSPITALS
(குறியீட்டு எண்.1 அல்லது 2ஐக் (டீக்) செய்து பிறப்பு நடந்த மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும்)
1. மருத்துவமனை / நிலையம் பெயர் MEDWAY HOSPITALS
2. வீடு முகவரி MOHAPPAIR WEST, CHENNAI
9. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர்: DR. SUDHA [REG-NO: 77986]
முகவரி MEDWAY HOSPITAL

(1 முதல் 22 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களுக்கும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியையும் குறிப்பிடவும்)

தேதி: 23/12/2023

தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம்

அல்லது PC-7d
இது கை பெருவிரல் அச்சுக்களின் பதிவு

பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

பதிவு எண். :
பதிவுப்பகுதி :
நகரம் / கிராமம் :
குறிப்புகள் :
(எதுவும் இருந்தால்) :

பதிவு செய்த தேதி :
மாவட்டம் :
பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் :
முகவரி :

பெருநகர

(வி)

பிறப்பு

இப்பகுதியை

இப்பகுதியை பரிந்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்

10. தாயின் நிலையான முகவரி (தாய் வழக்கமாக வசிக்கும் இடம்) (இது பிறப்பு நடந்த இடம் அல்லது முகவரியைப் பற்றி)
அ. நகரம் / கிராமம் :
ஆ. இது நகரமா அல்லது கிராமமா :
1) நகரம் :
இ. மாவட்டத்தின் பெயர் :
ஈ. மாநிலத்தின் பெயர் :
11. குடும்பத்தின் மதம் (சரியான தகவலைக் கொடுக்கவும்)
1. இந்து :
2. இசுலாம் :
3. கிறித்தவம் :
4. பிற மதம் (பெயரிடவும்) :
12. தந்தையின் கல்வி நிலை (தேர்ச்சி பெற்ற கல்வி) :
உ.ம. ஏழாம் வகுப்பு :
உ.ம. எட்டாம் வகுப்பு :
உ.ம. ஒன்பாம் வகுப்பு :
உ.ம. பத்தாம் வகுப்பு :
உ.ம. பட்டம் :
உ.ம. பட்டம் :
13. தாயின் கல்வி நிலை (தேர்ச்சி பெற்ற கல்வி) :
உ.ம. ஏழாம் வகுப்பு :
உ.ம. எட்டாம் வகுப்பு :
உ.ம. ஒன்பாம் வகுப்பு :
உ.ம. பத்தாம் வகுப்பு :
உ.ம. பட்டம் :
உ.ம. பட்டம் :
14. தந்தையின் தொழில் (ஏதும் இல்லையெனில்) :
15. தாயின் தொழில் (ஏதும் இல்லையெனில்) :

பதிவாளர்

பெயர்

மாவட்டம்

வட்டம்

நகரம் / கிராமம்

பதிவுப்பகுதி

ன்னை மாநகராட்சி

வம் எண். 1

5ஜ பர்க்கவும்)

அறிக்கை

விவரத் தகவல்கள்)

த்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு

அனுப்ப வேண்டும்

படிவம் எண். 1

ஒரே பிரசவத்தில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகள் பிறந்தால் ஒவ்வொரு குழந்தைக்கும் தனித்தனியாக படிவம் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும். குறிப்புப் பத்தியில் இரட்டையர் அல்லது மூவர் என்று குறிக்கவும்.

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை :

நபி :
இடம்)
விருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்)
செய்யத் தேவையில்லை

யர் : KODAMBAKKAM

ராமமா? (சரியான தகவலை டிக் [✓] செய்யவும்)

2) கிராமம்

CHENNAI

TAMIL NADU

] குறியிடவும்)

2. இஸ்லாம்

3. கிருஸ்துவம்

தவும்)

0 : GRADUATE

யை குறிக்கவும்

ருந்து.

பெற்றிருந்தால்,

ம்)

GRADUATE

யை குறிக்கவும்

நந்து.

பெற்றிருந்தால்,

ம்)

MANAGER - TRAINING

ல் என்று குறிப்பிடவும்)

YOGA - INSTRUCTOR

ல் என்று குறிப்பிடவும்)

ப்பப்பட வேண்டியவை :

குறியீட்டு எண்.

16. திருமணத்தின்போது தாயின் வயது : 20

(முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்) ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட திருமணமாகியிருந்தால் முதல் திருமணத்தின் வயதைக் குறிக்கவும்

17. இந்த குழந்தை பிறந்தபோது தாயின் வயது : 28

(முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்)

18. இந்த பிறப்பு உட்பட உயிருடன் பிறந்த குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை முந்தைய திருமணங்களின்மூலமாக உயிருடன் குழந்தைகளையும் சேர்த்து 2

19. பிரசவத்தின்போது மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை :
(சரியான விவரத்தை டிக் [T] குறியிடவும்)

1. நிறுவனம் - அரசு

☐

2. நிறுவனம் - தனியார் / அரசு சாரா

☒

3. மருத்துவர்/செவிலியர் அல்லது பயிற்சி பெற்ற தாதியர்

☐

4. மரபு வழி பிரசவம் பார்ப்பவர்

☐

5. உறவினர் அல்லது மற்றவர்

☐

20. பிரசவத்தின் தன்மை : (சரியான தகவலை டிக் [✓] குறியிடவும்)

1. சுகப்பிரசவம்

☐

2. அறுவை சிகிச்சை மூலமாக :

☒

3. ஆயுதங்கள் உபயோகித்து / வெற்றிட முறை

☐

21. பிறந்தபோது குழந்தையின் எடை :
கிலோ கிராம்

2.650 Kgm

22. கருவுற்றிருந்த காலம் :
(வாரங்களில்)

38

(அனைத்து விவரங்களும் நிரப்பப்பட்ட பிறகு கையொப்பம்

பதிவு எண்.

பதிவு செய்த தேதி:

பிறந்த தேதி

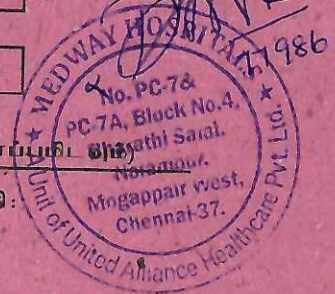
பாலினம்

1.ஆண் 2.பெண்

பிறந்த இடம்

1) மருத்துவமனை / நிலையம்
வீடு

பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்
முகவரி



2/17

MEDWAY HOSPITALS

BIRTH REGISTRATION IN HOSPITAL

Should be filled in CAPITAL LETTERS
Aadhaar Card Xerox of the Parents should be attached

PICME NO: 133010614955

REG NO: S2023/11/143/000129/0

S. No	Particulars	To Be Filled
1.	Date of Birth (D/M/Y) & Time	23/December/2023 Time: 10:44 AM
2.	Sex	FEMALE
3.	Child Name	
4.	Father Name	P. DHANASEKAR
5.	Father Aadhaar Number	8443 1272 4034
6.	Mother Name	D. GEETHA
7.	Mother Aadhaar Number	3779 0897 8077
8.	Parents Permanent Address	Old No-35, New No-68, Vannier Street, Kodambakkam, Chennai - 600024 Behind Corporation School.
9.	Address of the parents at the time of child Birth	Same above address
10.	Place of Birth (Hospital)	Medway Hospitals, No.Pc-7, 4th Block, Nolambur, Bharathi Salai, Mogappair West, Chennai, Tamil Nadu 600037.
11.	Informer Name	Dr. Sudha
12.	Family Religion	(Hindu) / Christian / Muslims / Others
13.	Father Qualification	Graduate
14.	Mother Qualification	Graduate
15.	Father Occupation	Manager - Training
16.	Mother Occupation	Yoga - Instructor
17.	Mother age at Marriage	20 year's
18.	Mother age at Delivery	28 year's
19.	Order of Child alive	02
20.	Nature of Delivery	L.S.C.S
21.	Child Weight	2.65 KG
22.	Pregnancy Period (In Weeks)	38 weeks
23.	Baby IP Number	IPM 2023001062
24.	Mobile No / Phone No	7338866738 / 9025523495
25.	E-mail ID	P.DHANASEKAR @ YAHOO.COM

• Checked and received by

Parents Name : P. Dhanasekar

• Staff Name : S. N. Krishnaven

Parents Signature : P. Dhanasekar

• Signature : [Signature]

Date : 23/12/23

• Date : 23/12/23

• Note : Form should be filled and handover to MRD the same day.



இந்திய அரசாங்கம்

Government of India

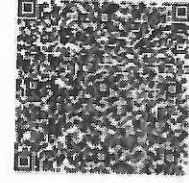


த கீதா

D GEETHA

பிறந்த நாள்/ DOB: 23/04/1995

பெண் / FEMALE



3779 0897 8077

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு

Unique Identification Authority of India

முகவரி:
தனசேகர், நோ 35/68,
வன்னியர் வீதி, கார்பொரேஷன்
பள்ளி பின்புறம், கோடம்பக்கம்,
கோடம்பாக்கம், சென்னை,
தமிழ் நாடு - 600024

Address:
W/O,Dhanasekar, No 35/68,
Vanniyar Street, Behind
Corporation School,
Kodambakkam, Kodambakkam,
Chennai,
Tamil Nadu - 600024

3779 0897 8077



1947



help@uidai.gov.in

WWW

www.uidai.gov.in

 भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA



पी.धनासेकर
P.Dhanasekar
जन्म तिथि/ DOB: 05/07/1987
पुरुष / MALE



8443 1272 4034

आधार-आम आदमी का अधिकार

 भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
UNIQUE IDENTIFICATION AUTHORITY OF INDIA

पता:
S/O: एम.पलानी, चेन्नई,
हाउस नं.68/35 वंनीयर
स्ट्रीट, कोदमबककाम, चेन्नई,
तमिल नाडु - 600024

Address:
S/O. M.Palani, chennai, house
no.68/35 vannier street,
Kodambakkam, Chennai,
Tamil Nadu - 600024

8443 1272 4034

Aadhaar-Aam Admi ka Adhikar



செலு கவதராய் மற்றும்
சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை
நலிபுரூடு

RCH ID / 33010614956

Name / *Shanley's Mother*

Mobile / 9449104159

**தாய் சேய் நல
மாதுகாப்பு அட்டை
MCP CARD**



செலு கவதராய் மற்றும் சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை



செலு கவதராய்



சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை



சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை



சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை



செலு கவதராய் மற்றும் சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை

POSHAN
Abhiyan
For: Care feeding
growth to women
children



செலு கவதராய் மற்றும் சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை
செலு கவதராய் மற்றும் சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை
செலு கவதராய் மற்றும் சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை
செலு கவதராய் மற்றும் சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை
செலு கவதராய் மற்றும் சேய் தடுப்பு மருத்துவ குறை

2021