

FECHA _____

DE COPIAS _____

COSTO _____

POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE

Champaign-Urbana Distrito de Salud Publica
201 W. Kenyon Road
Champaign, IL 61820
217-352-7961

Nombre Completo del Nino (a) al Nacer

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento, Hospital

Nombre Completo de la Madre

Nombre Completo del Padre

Relacion al Nino

Firma

Precio: \$11 por la copia certificada

\$3 por cada copia adicional del mismo certificado comprar al mismo tiempo

