



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"/>	درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ نمبر
Relation of Child	_____	بچے کا 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
Name	_____	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"/>	Registration Date <input type="text"/>

Parents Information

والدین کی معلومات

Father Name	_____	والد کا نام
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"/> <input type="text"/>	والد کا شناختی کارڈ نمبر
Nationality	_____	قومیت
Mother Name	_____	والدہ کا نام
Mother 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"/>	والدہ کا شناختی کارڈ 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"/> <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

تصدیق کی جاتی ہے کہ درج بالا کوائف میرے علم و یقین کے مطابق درست ہیں اور اس میں کوئی امر مخفی نہ رکھا گیا ہے۔ نیز یہ درخواست اس فارم کا اندراج کنٹونمنٹ بورڈ چکالہ میں کیا جانا مناسب ہے اگر مذکورہ بالا میں کوئی غلط بیانی پائی گئی تو میں قانون کے مطابق سزا جرمانہ مستوجب ہوں گا۔

مہر

دستخط درخواست دہندہ _____ تاریخ _____
 فون نمبر: _____
 تصدیق کنندہ کا نام _____ تصدیق کنندہ کے دستخط _____

تصدیق کنندہ کا شناختی کارڈ نمبر _____

دفتری استعمال کے لیے For Official Use

CRMS No. B 1 0 0 6 5 0 — — — — —

_____ تاریخ _____ دستخط اندراج کنندہ _____ لیٹ _____ نارمل _____

_____ جاری کردہ سیکورٹی پیپر نمبر _____

Report of Land Suptd _____

Land Suptd

Report of Revenue Suptd _____

Revenue Suptd

Record Keeper: _____

Composition Fee: Rs.-

Copying Fee: Rs.-

Urgent Fee: Rs.-

Record Keeper

Report of Engineering Branch: _____

CCE/CE

Asst Secretary: _____

Asst Secretary

Allowed / Not Allowed

Executive Officer

Chaklala Cantonmrent