



DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE DOWNINGTOWN
Formulario de Verificación de Nacimiento

Doy fe de que _____ nació _____ en el
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento

_____ hospital, situado en
Nombre del hospital

_____. Acepto proporcionar un certificado
Ciudad Estado

de nacimiento dentro de un período de tiempo razonable.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Sello y estampa del notario público