

Registration Number: **AJ/N/6366/2013**

Name: **\*AYAAN JOHN**

Gender: **Male**

Name of Father: **ABHILASH JOHN JOHN DCRUZ**

Nationality: **India**

Religion: **Christian**

Name of Mother: **JIJI KRISHNA RAJI KRISHNAN**

Nationality: **India**

Religion: **Christian**

Date of Birth in Figures: **2013/12/01**

Date of Birth in Letters: **The First Of December Year Two Thousand and Thirteen**

Date of Birth (Hijri Calendar): **1435/محرم/27**

Place of Birth: **GMC Hosp. and Research - Ajman - United Arab Emirates**

Date of Issue: **2013/12/11**

Place of Issue: **Ajman**

Type of Issue: **Issue**

Signature of registration officer:

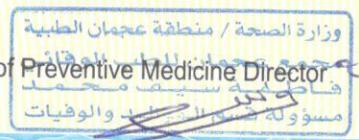


Official Stamp:



Signature of Preventive Medicine Director:

وزارة الصحة / منطقة عجمان الطبية  
فاطمة سيف محمد  
مسؤولة الطب الوقائي



*Any alteration to this certificate or its content will render it null and void.*



دولة الإمارات العربية المتحدة  
UNITED ARAB EMIRATES

وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

شهادة ميلاد  
BIRTH CERTIFICATE

التصديقات  
إدارة الطب الوقائي - عجمان  
استوفى الرسوم: ٥٠ درهم  
ايصال رقم ٢٩٦١٩١٤١٢١٠٠٥  
التاريخ: ٢٠١٣ / ١٢ / ٩

الإمارات العربية المتحدة  
UNITED ARAB EMIRATES  
Ministry Of Foreign Affairs وزارة الخارجية  
مكتب - شارقة Sharjah - Office

150.00 AED

Date 2013/12/22 التاريخ  
Receipt No. 0000130050641065 رقم الإيصال  
Application No. 201300287547 رقم الطلب  
نصافق على صحة خدمتوني  
وزارة الصحة  
نون تحمل الوزارة أي مسؤولية تجاه المستفيدين

0748126

PM 2