



Denna blankett måste returneras personligen till Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata, tillsammans med huvudblanketten "Registrering av utlänning". Om du bor på Åland ska blanketten returneras till Statens ämbetsverk på Åland. Blanketten får inte returneras per post eller e-post.

Myndighetens
anteckningar

BARN

Efternamn och förnamn	Personbeteckning (eller födelsedatum)	
-----------------------	---------------------------------------	--

FÖRÄLDER A

Efternamn	Förnamn		
Finsk personbeteckning (eller födelsedatum)	Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Avliden
Bosättningsland	Medborgarskap		
Förhållande till barnet: <input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Adoptivmor <input type="checkbox"/> Fastställd mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Adoptivfar <input type="checkbox"/> Annat, precisera			

FÖRÄLDER B

Efternamn	Förnamn		
Finsk personbeteckning (eller födelsedatum)	Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Avliden
Bosättningsland	Medborgarskap		
Förhållande till barnet: <input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Adoptivmor <input type="checkbox"/> Fastställd mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Adoptivfar <input type="checkbox"/> Annat, precisera			

FÖRHÅLLANDE MELLAN BARN OCH FÖRÄLDRAR

Föräldrarna är eller har varit gifta med varandra <input type="checkbox"/> Ja, datum för ingående av äktenskap: _____ <input type="checkbox"/> Nej	
Faderskap/moderskap fastställt för barn som fötts utanför äktenskapet <input type="checkbox"/> Ja, datum: _____ <input type="checkbox"/> Nej	
Adoptivbarn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Födelse genom surrogatmödraskap <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vårdnad <input type="checkbox"/> Förälder A är barnets vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Förälder B är barnets vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Förälder A och förälder B är båda barnets vårdnadshavare (gemensam vårdnad) <input type="checkbox"/> Andra vårdnadshavare, namn och personbeteckning: _____	