



Secretaría de Niñez,
Adolescencia y Familia



HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ACTA DE COMPARECENCIA

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE				FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES, AÑO)		
IDENTIDAD No.		COLOR DE		EDAD		
NACIONALIDAD		CABELLO		SEXO		
PASAPORTE No.		OJOS		PIEL		
LUGAR DE NACIMIENTO						
DIRECCIÓN DE DONDE PROCEDE						
SIGNOS FISICOS (LUNARES, CICATRICES Y OTROS)						
TIENE ALGUNA ENFERMEDAD O PADECIMIENTO						

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE Y/O REPRESENTANTE LEGAL				FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES, AÑO)		
DIRECCIÓN PERMANENTE						
PROFESIÓN U OFICIO		TRABAJA		NACIONALIDAD		
IDENTIDAD No.		PASAPORTE No.		ESTADO CIVIL		
TELÈFONO						
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE				FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES, AÑO)		
DIRECCIÓN PERMANENTE						
PROFESIÓN U OFICIO		TRABAJA		NACIONALIDAD		

