



MINISTRY OF PUBLIC AND BUSINESS SERVICE DELIVERY
Ministère des Services au public et aux entreprises

APOSTILLE
(Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

1. Country: / Pays : **Canada**

This public document / Le présent acte public

2. has been signed by / a été signé par



3. acting in the capacity of / agissant en
qualité de

Notary Public

4. bears the seal / stamp of / est revêtu du
sceau / timbre de

Notary Public

Certified
Attesté

5. at / à

Toronto, Ontario

6. the / le **2025-10-07**

7. by / par

M: [Redacted]

8. N° / sous n°



9. Seal / stamp / Sceau / timbre :

10. Signature / Signature :



- This Apostille only certifies the signature, the capacity of the signer, and, where appropriate, the seal or stamp it bears. It does not certify the content of the document for which it was issued. Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte est revêtu. Elle ne certifie pas le contenu du document pour lequel elle a été émise.
- This Apostille is not valid for use anywhere within Canada. L'utilisation de cette Apostille n'est pas valable au Canada.
- If this document is to be used in a country which is not party to the Hague Convention of 5 October 1961, it may need to be legalized by a consular office of the country of destination. Si ce document est destiné à un pays non partie à la Convention de La Haye du 5 octobre 1961, il pourrait nécessiter un légalisation par un consulat du pays de destination.
- To verify the issuance of this Apostille, see [www.officialdocuments.mgcs.gov.on.ca/en-US/validity-check/]. Cette Apostille peut être vérifiée à l'adresse suivante : [<https://www.officialdocuments.mgcs.gov.on.ca/fr-FR/validity-check/>]

安大略省 安大略省服务
这是一份自动生成的具有永久法律效力的文件

安大略省注册主任办公室
[REDACTED] River
邮政信箱 [REDACTED]
[REDACTED]

出生证明
表格 2 生命统计法

A 部分-孩子的信息

姓氏 [REDACTED]	性别 男
名 [REDACTED]	中间名 [REDACTED]
出生日期 20 年 月 日	出生医院或准确出生地点 [REDACTED]
出生地点 (市/镇/村/乡) 多伦多	区域市、县或区 多伦多

B 部分 -母亲的信息

现用合法姓氏 [REDACTED]	出生时合法姓氏 [REDACTED]	
第一和中间名 [REDACTED]	出生日期 19 年 月 日	年龄 岁
曾用姓氏 [REDACTED]	出生地 (市/镇/村/乡) 长乐	(省/国家) 中国
婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 普通法婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 寡妇		
本人同意孩子的姓氏将是 A 部分显示的那样。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
证明本登记所提供的资料真实及正确的人的姓名, 且此人知道故意提供虚假信息是违法的。		电子认证人: [REDACTED] 认证日期: 202 年 月 日

C 部分-父亲的信息

现用合法姓氏 [REDACTED]	出生时合法姓氏 [REDACTED]	
第一和中间名 [REDACTED]	出生日期 19 年 0 月 日	年龄 岁
曾用姓氏 [REDACTED]	出生地 (市/镇/村/乡) [REDACTED]	(省/国家) 中国
本人同意孩子的姓氏将是 A 部分显示的那样。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
证明本登记所提供的资料真实及正确的人的姓名, 且此人知道故意提供虚假信息是违法的。		电子认证人: 高锦 认证日期: 20 年 0 月

D 部分-出生信息

B 部分家长的住址 6 [REDACTED]		邮编 [REDACTED]
B 部分家长的邮寄地址 (如与上述地址不同的话)		邮编 [REDACTED]
怀孕周数:) 周	这个母亲出生的包括这个孩子的孩子总数 3 其中, 存活的个数 3 其中, 胎死腹中的个数 0	出生时婴儿的重量: 克
出生时护理人员的名字 [REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/> 单胎 <input type="checkbox"/> 双胞胎 <input type="checkbox"/> 三胞胎 <input type="checkbox"/> 其他	出生的种类 如果多胎, 这个小孩是第几个
出生时护理人员的名字 <input checked="" type="checkbox"/> 医师 <input type="checkbox"/> 助产士 <input type="checkbox"/> 其他, 具体说明:		

E 部分-信息提供者证明的

当事人声明为本登记所提供的资料真实且正确, 且此人知道故意提供虚假信息是违法的。	电子认证人: x	认证日期:
------------------------------------------	-------------	-------

F 部分: 仅供官方使用

本栏仅供官方使用

Queen [REDACTED] Ontario

注册局副局长

认证过的副本
如果页面不全则无效

章: 总注册官



Office of the Registrar General
Bureau du registraire général

Certified A True
Photostatic
Print of a Record
Photocopie certifiée
conforme d'un document

on file at the
Office of the Registrar General
Ontario, Canada
déposée aux dossiers du
Bureau du registraire général
(Ontario) Canada

Registration Number:
Numéro d'enregistrement :
Certificate number:
Numéro du certificat :
Date issued:
Date de délivrance :
File number:
Numéro de dossier :

2025
PAGE

Ontario ServiceOntario

This is a copy of the permanent legal record created electronically.

Office of the Registrar General
100 Queen Street West
Toronto, Ontario M5H 2N2

Statement of Live Birth
Vital Statistics

Section A - Child's Information

Last Name or Single Name		Sex of Child
First Name		
Date of Birth (yyyy/mm/dd)	Name of Hospital or exact location where birth occurred	
20	SCARBOROUGH HEALTH NETWORK - GENERAL SITE	
Place of Birth (City/Town/Village/Township)		(Regional municipality, county or district)
TORONTO		Toronto

Section B - Mother Father Parent

Current Legal Last Name or Single Name		Legal Last Name or Single Name at Birth	
First Name and Middle Name(s)		Date of Birth (yyyy/mm/dd)	Age
Any Previous Legal Last Name(s) or Single Name(s)		Place of Birth (City/Town/Village/Township) / (Province/Country)	
		/ CHINA	
Marital Status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Common Law <input checked="" type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed			
I agree that the child's last name or single name will be as shown in Section A <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Name of person who certified that the information provided for this registration is true and correct and that the person was aware that it is an offence to wilfully provide false information for this registration.		Certified electronically by:	Date Certified (yyyy/mm/dd)
			20

Section C - Mother Father Parent

Current Legal Last Name or Single Name		Legal Last Name or Single Name at Birth	
First Name and Middle Name(s)		Date of Birth (yyyy/mm/dd)	Age
Any Previous Legal Last Name(s) or Single Name(s)		Place of Birth (City/Town/Village/Township) / (Province/Country)	
		/ A	
I agree that the child's last name or single name will be as shown in Section A <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Name of person who certified that the information provided for this registration is true and correct and that the person was aware that it is an offence to wilfully provide false information for this registration.		Certified electronically by:	Date Certified (yyyy/mm/dd)

Section D - Birth Information

Residence of Parent in Section B		Postal Code	
Mailing Address of Parent in Section B if different from above		Postal Code	
Duration of pregnancy (in weeks)	Total number of children ever born to this parent including this birth	Weight of child at birth	Kind of Birth
	Of this Total, Number born live	Grams	
	Of this Total, Number stillborn	or lb. oz.	
		<input checked="" type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin	If multiple birth, this child was born
		<input type="checkbox"/> Triplet <input type="checkbox"/> Other	
Name of Attendant at birth		<input checked="" type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Midwife <input type="checkbox"/> Other, specify:	

Section E - Certification of Informant

Name of person who certified that the information provided for this registration is true and correct and that the person was aware that it is an offence to wilfully provide false information for this registration.	Certified electronically by:	Date Certified (yyyy/mm/dd)

Section F - Office Use Only

For office use only

11022A (2017/12) © Queen's Printer for Ontario

I certify that this is a true copy
of the original document
Date: 6 day

---CERTIFIED COPY---
NOT VALID WITHOUT ALL PAGES

Deputy Registrar General
Registraire générale adjointe
de l'état civil