



# FEDERACIÓN MEXICANA DEL AMERICAN PIT BULL TERRIER

## SOLICITUD PARA CERTIFICADO INICIAL DE REGISTRO (C. I. R.)

F M A P B T

NOMBRE DEL EJEMPLAR: \_\_\_\_\_  
(20 caracteres como máximo)

SEXO: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

No. Socio FMAPBT: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOCIO

C. I. R. No: \_\_\_\_\_ MICROCHIP: \_\_\_\_\_

TATUAJE  SI  NO

FECHA DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR AUTORIZADO FMAPBT