



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