

INTERNATIONAL CERTIFICATE* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that (name) HUSEN.
 date of birth 09-05-1974 sex MALE
 nationality INDONESIA
 national identification document, if applicable
 whose signature follows [Signature]
 has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis
 against : (name of disease or condition)

in accordance with the International Health Regulations.


Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Date Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable
1. YELLOW FEVER VACCINE	26 OCT 2017	<u>[Signature]</u> dr. I NYOMAN PUTRA, M. Kes PORT MEDICAL OFFICER
3.		

* Requirements for validity of certificate on page 2.

CERTIFICAT* INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Nous certifions que [nom]
 né(e) le de sexe
 et de nationalité
 document d'identification national, le cas échéant
 dont la signature suit
 a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date
 indiquée contre: (nom de la maladie ou de l'affection)

conformément au Règlement sanitaire international.

Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du : jusqu'au :	Official stamp of the administering centre Cachet officiel du centre habilité
STAMARIL NO. BATCH	MS199-1	

* Voir les conditions de validité à la page 3.