

INTERNATIONAL CERTIFICATE* OF VACCINATION
OR PROPHYLAXIS

JASMIN UMAR

This is to certify that [name]

12-Jul-1988

MALE

date of birth sex

nationality INDONESIA

national identification document, if applicable

whose signature follows

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis
against: (name of disease or condition)

YELLOW FEVER

in accordance with the International Health Regulations.

**CERTIFICAT* INTERNATIONAL DE VACCINATION
OU DE PROPHYLAXIE**

Nous certifions que [nom]

né(e) le de sexe


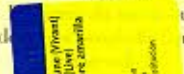

et de nationalité :

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.

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du : jusqu'à :	Official stamp of the administering centre Cachet officiel du centre habilité
YELLOW FEVER	19-Jan-2023			VALID: 19-Jan-2023 UNTIL: LIFE TIME	
2			Name: 28012022 Lot/line: W3A37 Exp/Date: 12-2024		
3					

* Requirements for validity of certificate on page 4.

105 977190

validité à la page 5.

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS[illegible]