

## INFORMATION FOR PHYSICIANS

1. The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year – the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.
2. If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.
3. Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in *International travel and health*. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.
4. The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

## RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

1. La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année – le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1<sup>er</sup> janvier 2001.
2. Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir par écrit au voyageur un avis circonstancié, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.
3. Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure *Voyages internationaux et santé*. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
4. Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.

13

E00-579959



### International Certificate of Vaccination or Prophylaxis

*International Health Regulations (2005)*

**Certificat international de  
vaccination ou de prophylaxie**

*Règlement sanitaire international (2005)*



Issued to / Délivré à



AFRIILIAN BUDI PASCINDRA

Passport number or travel document number  
Numéro du passeport ou du document de voyage

B 1301961

# INTERNATIONAL CERTIFICATE\* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that [name] AFRIHAN BUDI P.  
 date of birth 29.09.1992 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. <b>YELLOW FEVER VACCINE</b>	<b>29 MAR 2016</b>	<u>[Signature]</u> <b>dr. LIES SETYORINI</b> PORT MEDICAL OFFICER
2.		
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
<b>STAMARIL NO. BATCH</b>	<b>29 MAR 2016</b>	
<b>LS058-3</b>		

\* Voir les conditions de validité à la page 3.



# INTERNATIONAL CERTIFICATE\* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that [name] ..... **AFRIKAN B.P.**  
 date of birth ..... **29 APRIL 1992** ..... SEX ..... **MALE**  
 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)

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
4.		
5. <b>THYPOID</b>		
6.		

\* 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
<b>TP. 17580</b>		

\* Voir les conditions de validité à la page 3.