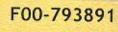
#### INFORMATION FOR PHYSICIANS

- 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.
- If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.
- 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.
- The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

### RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

- La dare de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant; jour stois, année – le mois étant indiqué en toutes fartes. Exemple: 1º Janvier 2001.
- Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médicit doit fournir par écrit au voyageur un avis circonstancié, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tetiir compte.
- 3. Les exigences des pays en matière de vaccination sont publices par FOMS dans la brochare Voyages internationaire et sauté. Les renseignements ser les centres habilités à pratiques la vaccination contre la fièvre jame sont disposibles auprès des autorités santiaires locales ou nationales.
- Le médechi doit toujours tenir compre du fait que son patient peur éne acreint d'une maladie liée à un voyage.





### International Certificate of Vaccination or Prophylaxis

International Health Regulations (2005)

Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Reglement sanitaire international (2005)





Issued to / Délivré à

## FATERAL MUIN

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

A.5161648

# INTERNATIONAL CERTIFICATE\* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that (name) FATEKAL MUIN date of birth 27-7-1933 sex W nationality WA

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.

### CERTIFICAT\* INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Nous certifions que [nom]
né(e) lede sexe
èt 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 Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	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 purtir du : jusqu'au :	Official stamp of the administering centre Cuchet officiel du centre habilité
YELLOW FEVER	Zuk.	OP	L5437-1	in.	SUL SURD
2. VACCINE	ALSTYON SORTA	AN PUTRA, M. ESS EDICAL OFFICER		MM	
3.	10	Maria Maria		10	

<sup>\*</sup> Requirements for validity of certificate on page 2.

<sup>\*</sup> Voir les conditions de validité à la page 3.