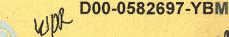
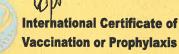
INFORMATION FOR PHYSICIANS

- 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 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: 1º janvier 2001.
- Si la vaccination est contre-indiquée pour rason médicale, le médecin doit feurnir 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 Véyages internationeux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination centre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
- Le riédecin doit toujours teur compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.







International Health Regulations (2005)

Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Règlement sanitaire international (2005)





Issued to / Délivre à

MARZUKI

Passport number or travel document number Numéro du passeport ou du document de voyage This is to certify that (name) MARZUKI
date of birth 17-09-1981 sex M
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
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.

Official stamp of the Vaccine or prophylaxis Certificate valid Date Manufacturer and Signature and professional administering centre batch no. of vaccine or status of supervising from: Vaccin ou agent Date until: clinician prophylaxis Cachet officiel du prophylactique centre habilité Signature et titre du Fabricant du vaccin ou Certificat valable à partir du : clinicien responsable de l'agent prophylactique et numéro du lot jusqu'au: YELLOW FEVER VACCINE LIFETIME PORT MEDICAL OFFICER

^{*} Requirements for validity of certificate on page 2.

^{*} Voir les conditions de validité à la page 3.