

INTERNATIONAL CERTIFICATE* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that [name] Kastur
 date of birth 07-06-1983 sex male
 nationality Indonesian
 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.

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou prophylaxie	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 partir du : jusqu'au :	Official stamp of the administering centre Cachet officiel du centre habilité
		 Dr. Rudy Kastoro Seafarer Physician NSI: ABK/5102/2018	W3A37IV	LIFETIME	 VIDYA MEDIKA

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.