

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: Januari 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 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 Example: 1^{er} 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.

OLR-A

00-0180739

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

RUDI KENDEK RORROH6

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

B 0316195

INTERNATIONAL CERTIFICATE* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that [name] RUDI KENDAK - R

date of birth 03-04-1994 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	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Manufacturer and batch no. of vaccine of prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numero du lot	Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du : jusqu'au :	Official stamp of the administering centre Cachet officiel du centre habilité
1. YELLOW FEVER VACCINE	05 NOV 2018	dr. DEWI ARDIANSYAH PORT MEDICAL OFFICER			
2.					
3.					

*Requirements for validity of certificate on page 2.

CERTIFICAT* INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Nous certifions que [nom]

ne(e) le de sexe

et de nationalité

document d'identification national, le cas échéant


dont la signature suit

a été vaccine (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.

*Voir les conditions de validité à la page 3.

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Disease targeted Maladie visée	Date Date	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin, marque, et numero du lot	Next booster (date) Prochain rappel (date):	Official stamp and signature Casher officiel et signature
TYPHIM VI VALID 3 YEARS	08 NOV 2018	N/A-424-1X	08 NOV 2021	Dr. DEDDY ARDHIANSYAH PORT MEDICAL OFFICER 
CHOLERA	09 NOV 2018		09 NOV 2021	Dr. DEDDY ARDHIANSYAH PORT MEDICAL OFFICER 