

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^{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.



F00-793891

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




FATEKAL MUIN.

Passport number or travel document number
Numéro 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 **27-7-1973** sex **M**
 nationality **INA**
 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) 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.

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 partir du : jusqu'au :	Official stamp of the administering centre Cuchet officiel du centre habilité
1. YELLOW FEVER	10 JAN 2021		L5437-1	10 JAN 2021	
2. VACCINE	10 JAN 2021	YOMAN PUTRA, M. Kes PORT MEDICAL OFFICER		10 JAN 2021	
3.	10 JAN 2021			10 JAN 2021	

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Disease targeted
Maladie viséeDate
DateManufacturer, brand name
and batch no. of vaccine
Fabricant du vaccin, marque et
numéro du lotNext booster (date):
Prochain rappel
(date):Official stamp and signature
Cachet officiel et signatureTYPHIM VI
VACCINE

17 JAN 2018

NIES22 V

17 JAN 2021


 CH. LANTHAN PUTRA, M. Kes
 PORT MEDICAL OFFICER