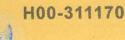
INFORMATION FOR PHYSICIANS

- The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, mont,, year - the month in letters. Example: Januari 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 are published by WHO in *International travel and health*. Information on designated yellow fever vaccinating centres is availabel 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

- La date de la vaccination doit être portee sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année - le mois étant indiqué en toutes latters Example: 1 ^{er}janvier 2001.
- Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir par écrit au voyageur un avis circonstancié, don l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.
- 3. Les exigences des pays en matiere de vaccination sont publiées par I'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fievre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
- Le medecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut etre atteint d'une maladie liée à un voyage.

2/ENG



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

DIAH HUSYAIH LUBIS

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

C 3391752

INTERNATIONAL CERTIFICATE* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that [name] DIAN HUSYAIN LUBIS

date of birth 02 - 06 - 1991 sex MALE

nationality IMDONESIA

national identification decument 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 Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsible
1. YELLOW FEVER 2. VACCINE 3.	O JAN O	dr. DEI DY /

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

CERTIFICAT* INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYI AXIÈ

Nous certifions que [nom]
ne(e) le de sexe
et de nationalite
document d'identification national, le cas echeant
dont la signature suit
a ete vaccine (e) ou a recu des agents prophylactiques a la date indiquee contre: (nom de la maladie ou de l'affection)
······································

conformement au Reglement sanitaire international.

Certificate valid

tch no. of vaccine of	from: until:		
prophylaxis			
abricant du vaccin ou	Certificat valable à		
l'agent prophylactique	partir du :		
et numero du lot	jusqu'au : 🗩		

Manufacturer and

MOHIANSYAH AL OFFICER tamaril

anofi Pasteur

Official stamp of the administering centre Cachet officiel du centre habilite

*Voir les condictions de validite a la page 3.

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Disease targeted Maladie visee	Date Date	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine Febricant du vaciin, marque, et numero du lot	Next booster (date) Prochain rappel (date):	Official stamp and signature Casher officiel et signature
TYPHIN VALID 3. Y	S TO THE	Stamaril Sanofi Pasteur Satch: LISO122	3 Jan dr.	DEDDY ARDHIANSY AND SURVEY DESCRIPTION OF SU
CHOLERA	7 1921	Stamaril Sanofi Pasteur Batch; LN 40123		DEDDY ARD HANSY FORT MEDICAL OFFICER