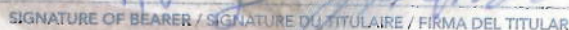


*Of the United States,
in Order to form a more perfect Union,
establish Justice, insure domestic Tranquility,
provide for the common defence,
promote the general Welfare, and secure
the blessings of Liberty to ourselves and
our Posterity, do ordain and establish this
Constitution for the United States of America.*



Type / Type / Tipo Code / Code / Código Passport No. / No. du Passeport / No. de Pasaporte

USA

430753379

Surname / Nom / Apellidos

JOSEPHS

Given Names / Prénoms / Nombres

MOLLY KAWALEK

Nationality / Nationalité / Nacionalidad

UNITED STATES OF AMERICA

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento

14 Mar 1987

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento

NEW YORK, U.S.A.

Date of issue / Date de délivrance / Fecha de expedición

24 Aug 2007

Date of expiration / Date d'expiration / Fecha de caducidad

23 Aug 2017

Endorsements / Mentions Spéciales / Anotaciones

SEE PAGE 27

Sex / Sexe / Sexo

F

Authority / Autorité / Autoridad

United States

Department of State

USA

P<USAJOSEPHS<<MOLLY<KAWALEK<<<<<<<<<<<<<<<<<
4307533795USA8703145F1708233018425022<797072

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS
 Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

This is to certify that
 Nous certifions que

Joseph Molly
 (name - nom)

31/4/81
 (date of birth - date de naissance)

F
 (sex - sexe)

(nationality - et de nationalité)

whose signature follows
 dont la signature suit

(national identification document, if applicable - document d'identification nationale, le cas échéant)

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against
 a été vacciné(e) ou a reçu une prophylaxie à la date indiquée

(name of disease or condition - nom de la maladie ou de l'affection)

In accordance with the International Health Regulations
 conformément au Règlement sanitaire international

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou Agent prophylactique	Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du professionnel de santé 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 center Cachet officiel du centre national
<i>Yellow fever</i>	<i>31/4/81</i>	<i>[Signature]</i>	<i>Sanofi pasteur UF793AA</i>		Official Vaccination New York 202809 USA