

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

This is to certify that (name)

Nous certifions que (nom)

date of birth

né(e) le

sex

de sexe

nationality

et de nationalité

national identification document, if applicable

document d'identification national, le cas échéant

Vaccine or prophylaxis

**Vaccin ou agent
prophylactique**

Date

Date

Signature and professional status of clinician

Signature et titre du clinicien

1

1

1

2

2

2

3

3

3

whose signature follows
dont la signature suit

9

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
(name of disease or condition)

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:
(nom de la maladie ou de l'affection)

in accordance with the International Health Regulations.
conformément au Règlement sanitaire international.

Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot

Official stamp of the administering centre
Cachet officiel du centre habilité

Certificate valid from: / until:
Certificat valable à partir du: / jusqu'au:

1

1

1

2

2

2

3

3

3