

**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					
whose signature follows					
dont la signature sui					
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition)					
a été vacciné(e) ou 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.					
Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician	Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	Certificate valid from: until:	Official stamp of administering centre
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable	Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificat valable à partir du: jusqu'au:	Cachet officiel du centre habilité