

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST SMALLPOX
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA VARIOLE

801 E 4114

This is to certify that
Je soussigné(e) certifie que

LEE OSWALD

sex
M

whose signature follows
dont la signature suit

date of birth
né(e) le 01 18 39

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against smallpox
a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la variole à la date indiquée.

Date	Indicate by "X" whether indicated par "X" whether à s'y agit de	Signature, professional status, and address of vaccinator Signature, qualité professionnelle, et adresse du vaccinateur	Approved stamp Cachet d'approbation
JUN 8 1963	1a Primary vaccination performed Dite vaccination faite <input checked="" type="checkbox"/>	A. J. HIDEEL BOX 30016 NEW ORLEANS, LA.	JUN 22 1963 WARD W. H.
	1b Read as successful Prise <input type="checkbox"/> Unsuccessful Pas de prise <input checked="" type="checkbox"/>		
	2 <input type="checkbox"/> Revaccination		
	3 <input type="checkbox"/> Revaccination		

THE VALIDITY OF THIS CERTIFICATE shall extend for a period of 3 years, beginning 8 days after the date of a successful primary vaccination or, in the event of a revaccination, on the date of that revaccination.

The approved stamp mentioned above must be in a form prescribed by the health administration of the country in which the vaccination is performed. (In the United States, the stamp is that of the local or State health department of the area in which the immunizing physician practices, the Department of Defense, a designated yellow fever vaccination center, the seal of the Public Health Service, or the special "S-C" stamp approved by the latter service.)

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

LA VALIDITÉ DE CE CERTIFICAT s'étend pendant une période de trois ans commençant huit jours après la date de la primo-vaccination effectuée avec succès, ou, en cas d'une revaccination, le jour de cette revaccination. Le cachet d'approbation mentionné ci-dessus doit être en la forme prescrite par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée. (Aux États-Unis, le cachet est celui du Service d'Hygiène de l'État, de la ville ou du comté où le vaccinateur exerce la médecine, le Département de la Défense, d'un centre désigné de vaccination contre la fièvre jaune, le sceau du Service de la Santé Publique des États-Unis, ou le timbre spécial "S-C" approuvé par ce service.) Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

*If unsuccessful, vaccination must be repeated and a new certificate executed.
Si la vaccination n'a pas pris, il faudra recommencer et un nouveau certificat devra être établi.

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE

This is to certify that
Je soussigné(e) certifie que

sex
sex

whose signature follows
dont la signature suit

date of birth
né(e) le

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Date	Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origin and batch number of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Official stamp of vaccinating center Cachet officiel du centre de vaccination

VACCINATING CENTER
CENTRE DE VACCINATION

ADDRESS (CITY-VILLE) (STATE-ÉTAT)
ADRESSE

THIS CERTIFICATE IS VALID only if the vaccin used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the country in which that center is situated.

THE VALIDITY OF THIS CERTIFICATE shall extend for a period of 6 years, beginning 10 days after the date of vaccination (for India, Pakistan, and Ceylon 12 days) or, in the event of a revaccination, within such period of 6 years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

CE CERTIFICAT N'EST VALABLE que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été désigné par l'Administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

LA VALIDITÉ DE CE CERTIFICAT couvre une période de six ans commençant dix jours après la date de la vaccination (pour l'Inde, le Pakistan et Ceylon 12 jours) ou, dans le cas d'une revaccination, au cours de cette période de six ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1959 O-103282

10000
11/13

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST CHOLERA
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LE CHOLERA

This is to certify that
 Je soussigné(e) certifie que _____ ser

 whose signature follows
 dont la signature suit _____ date of birth
 (date) is _____
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against cholera.
 a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre le choléra à la date indiquée.

Date	Signature, professional status, and address of vaccinator Signature, statut professionnel, et adresse du vaccinateur	Approved stamp Carnet d'autorisation
[REDACTED]		

THE VALIDITY OF THIS CERTIFICATE shall extend for a period of 6 months, beginning 6 days after the first injection of the vaccine or, in the event of a revaccination within such period of 6 months on the date of that revaccination. (In the United States two injections are given for the initial series.)

The approved stamp mentioned above must be in a form prescribed by the health administration of the country in which the vaccination is performed. (In the United States, the stamp is that of the local or State health department of the area in which the immunizing physician practices, the Department of Defense, a designated yellow fever vaccination center, the seal of the Public Health Service, or the special "S-C" stamp approved by the latter service.)

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

LA VALIDITÉ DE CE CERTIFICAT couvre une période de six mois commençant six jours après la première injection du vaccin ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de six mois, le jour de cette revaccination. (Aux États-Unis deux injections sont données aux séries initiales.)


Le cachet d'autorisation doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée. (Aux États-Unis ce cachet doit être celui du Service d'Hygiène de l'État, de la ville ou du comté où le vaccinateur exerce la médecine, du Département de la Défense, d'un centre désigné de vaccination contre la fièvre jaune, le sceau du Service de la Santé Publique des États-Unis, ou le timbre spécial "S-C" approuvé par ce service.)

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une particularité des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

OTHER IMMUNIZATIONS (Typhus, Typhoid Paratyphoid, Plague, Tetanus, etc.)
AUTRES IMMUNISATIONS (Typhus, Fièvre typhoïde et paratyphoïde, Peste, Tétanos, etc.)

Vaccine	Date	Dose	Physician's signature—Signature du médecin

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE
PUBLIC HEALTH SERVICE


 For sale by the UNITED STATES GOVERNMENT
 INTERNATIONAL OFFICE, WASHINGTON, D. C.
 POSTAL OFFICE, WASHINGTON, D. C. 20540

INTERNATIONAL CERTIFICATES OF VACCINATION
 AS APPROVED BY
THE WORLD HEALTH ORGANIZATION
 CERTIFICATE INTERNATIONAL DE VACCINATION
 APPROUVÉ PAR
 L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

TRAVELER'S NAME—Nom du voyageur _____

ADDRESS—Adresse _____

DATE—Date _____

INITIALS—Initiales _____

PHYSICIAN'S SIGNATURE—Signature du médecin _____

APPROVED STAMP—Cachet d'autorisation _____