

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION CONTRE LA VARIOLE

LE PRÉSENT DOCUMENT CERTIFIE QUE.....
(Age..... Sexe.....) dont la signature apparaît ci-dessous à été vac-
ciné(e) aujourd'hui par moi contre la variole.

Origine du vaccin et numéro du lot.....

Signature de la personne
pratiquant la vaccination.....

Fonction officielle.....

Lieu..... Date.....

Signature de la personne vaccinée.....

Domicile.....

OBSERVATION IMPORTANTE.—Dans le cas d'une première vaccination, la per-
sonne vaccinée doit être invitée à se présenter à un médecin entre le 8ème et le
14ème jour, afin que le résultat de cette vaccination puisse être porté sur le certi-
ficat. Dans le cas d'une revaccination, la personne vaccinée doit se présenter
dans les 48 heures pour un premier examen, afin que toute réaction d'immunité
qui se serait produite puisse être constatée.

LE PRÉSENT DOCUMENT CERTIFIE QUE la vaccination mentionnée ci-dessus a
été contrôlée par moi à la date ou aux dates suivantes, et avec les résultats sui-
vants:

Date du contrôle

Résultats

.....
.....
.....

Signature du médecin.....

Fonction officielle.....

Lieu..... Date.....

Employer les termes suivants pour indiquer les résultats: "Réaction d'im-
munité", "Réaction accélérée (vaccinoïde)", "Réaction primaire typique de vac-
cination". Un certificat portant "Sans réaction" ne sera pas valable.

Signature de la personne vaccinée.....

(Ce certificat n'est valable que pour trois ans à compter de la date de délivrance.)