

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION CONTRE LE CHOLÉRA

LE PRÉSENT DOCUMENT CERTIFIE QUE.....
(Age..... Sexe.....) dont la signature apparaît ci-dessous a été
vacciné(e) contre le choléra aux dates indiquées.

Date	Produit		Fonctionnaire pratiquant la vaccination	
	Origine	N° du lot et type	Signature	Titre officiel
.....				
.....				
.....				
.....				

.....
(Signature de la personne vaccinée)

.....
(Domicile)

.....
(Date)

Timbre officiel du
fonctionnaire prati-
quant la vaccination

(Ce certificat n'est valable que pour 6 mois à compter de la date de délivrance.)