

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION
CONTRE LE TYPHUS

LE PRÉSENT DOCUMENT CERTIFIE QUE.....

(Age..... Sexe.....) dont la signature apparaît ci-dessous a été vacciné(e) contre le typhus 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 un an à partir de la date de délivrance.)