

**OTHER IMMUNIZATIONS/PROPHYLAXIS RECEIVED**  
**Autres vaccinations/prophylaxies reçues**

This space is provided to record immunizations/prophylaxis that are not required for entrance into any country but have been obtained by the traveler for additional health protection (immune globulin, malaria, measles, etc.)

Date	Vaccine/prophylactic drug Vaccin/médicament prophylactique	Dose	Physician's signature Signature du médecin
15-Nov-03	Twinrix - Hep A+B	7cc	NE Bogdan <b>PASSPORT HEALTH</b>
15-11-03	Syphid.	.5cc	NE Bogdan <b>PASSPORT HEALTH</b>
15-11-03	Del. Dipht.	.5cc	NE Bogdan <b>PASSPORT HEALTH</b>
15-11-03	Polio, 5cc	.5cc	NE Bogdan <b>PASSPORT HEALTH</b>
16 Dec 03	Twinrix #2	7cc	E. Bogdan <b>PASSPORT HEALTH</b>
11/20/06	Twinrix #3 (HepA/B)	1.0cc IM	RA AIC   HEALTH ADMINISTRATION CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
11/20/06	m.m.r. (measles mumps rubella)	.5cc SQ	PA AIC   HEALTH ADMINISTRATION CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
11/20/06	Oral typh. (Typh)	4 caps	PA AIC   HEALTH ADMINISTRATION CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

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

This is to certify that Je soussigné(e) certifie que \_\_\_\_\_ sex / sexe \_\_\_\_\_

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 titre du vaccinateur	Manufacturer & batch number of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Official stamp of vaccinating center Cachet officiel du centre de vaccination
15-Nov-2003	NE Bogdan <b>PASSPORT HEALTH</b>	Aventis UB492AA 18-AUG-04	<b>OFFICIAL VACCINATION CALIFORNIA G073451 U.S.A.</b>
2.			
3.			
4.			

THIS CERTIFICATE IS VALID only if the vaccine 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 the center is situated.  
 THE VALIDITY OF THIS CERTIFICATE shall extend for a period of 10 years, beginning 10 days after the date of vaccination or, in the event of a revaccination, within such period of 10 years from the date of that revaccination.  
 This certificate must be hand signed by a medical practitioner or other person authorized by the national health administration. An official signature stamp is not acceptable.  
 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 habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.  
 LA VALIDITÉ DE CE CERTIFICAT couvre une période de dix ans commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.  
 Ce certificat doit être signé de sa propre main par un médecin ou une autre personne habilitée par l'administration sanitaire nationale, un cachet officiel ne pouvant être considéré comme tenant lieu de signature.  
 Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.