

924

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

This is to certify that LEE OSWALD sex M
 Je soussigné(e) certifie que _____ sexe _____
 whose signature follows _____ date of birth OCT 18 39
 dont la signature suit _____ né(e) le _____
 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 by "1" or "2" or both	Signature, professional status, and address of vaccinator	Approved stamp
JUN 8 1963	1a Primary vaccination performed <input checked="" type="checkbox"/> 1b Revaccination <input type="checkbox"/> 2a Not successful <input type="checkbox"/> 2b Unsuccessful due to prior <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Signature, <u>Dr. A. J. HIDEEL</u> qualified professional, at address <u>P. O. BOX 30016</u> <u>NEW ORLEANS, LA.</u>	Approved stamp JUN 11 1963 (Circular stamp with text: JUN 11 1963, NEW ORLEANS, LA.)

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 or the city or the licensing physician practice, 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 VALIDITE DE CE CERTIFICAT s'étend une période de trois ans commençant huit jours après la date de la première vaccination effectuée avec succès (primo) ou, dans le cas d'une revaccination, le jour de cette revaccination.

Le cachet d'approbation dont il s'agit doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée. (Aux Etats Unis ce cachet doit être celui du Service d'Hygiène, de l'Etat ou de celui de la vaccination au sein de la ménagerie, du Département de la Défense, d'un centre désigné de vaccination contre la fièvre jaune, le service de Service de la Santé Publique aux Etats Unis, ou le cachet 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 _____ sex _____
 Je soussigné(e) certifie que _____ sexe _____
 whose signature follows _____ date of birth _____
 dont la signature suit _____ 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	Official stamp of issuing authority
	Signature of qualified professional of vaccination	Official stamp of authority issuing certificate