


424

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 _____ sex _____

whose signature follows *Lee Oswald* 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 Induced par "X" L'X s'agit de	Signature, professional status, and address of vaccinator	
JUN 8 1963	1a Primary vaccination performed <input checked="" type="checkbox"/> 1b Revaccination performed <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Dr. A. H. Deel</i> DR. A. H. DEEL P.O. BOX 30018 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 of the area in which the immunizing physician practices, 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 VALIDITÉ DE CE CERTIFICAT s'étend une période de trois ans commençant huit jours après la date de la première vaccination réussie ou, dans le cas d'une revaccination, le jour de cette revaccination. Le cachet d'authentification dont elle est revêtue est en double 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, de la ville ou du centre où le vaccinateur exerce la médecine, du Département de la Défense, d'un centre désigné de vaccination contre la fièvre jaune, le centre de Service de la Santé Publique des Etats Unis, ou le timbre 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 réussi, il faudra revacciner 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 _____ sex _____

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.

Signature and professional status of vaccinator	Origin and health number of vaccine	Official stamp of vaccination center
Signature et statut professionnel du vaccinateur	Origine du vaccin ainsi que son numéro de santé	Cachet officiel du centre de vaccination