

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST SMALLPOX

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA VAROLIE

This is to certify that:
Jo annedoid(c) certifie que

LEE OSWALD

MM

OCT 18 1963

whose signature follows
dont le signature suit:

Lee H. Oswald

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against smallpox,
a old vaccine(s) or revaccine(s) contre la varolio à la date indiquée.

Date	Signature by "X" whether Indicates you have been vaccinated or revaccinated	Signature, photographic status, and address Signature, état photographique et adresse du vacciné ou de l'immunisé	Address where vaccination was done
JUN 8 1963	<input checked="" type="checkbox"/> Primary vaccination done Prise de vaccin en premier lieu	<i>Lee H. Oswald</i> P.O. BOX 30016 NEW ORLEANS, LA.	<i>JUN 8 1963</i> <i>Lee H. Oswald</i> <i>P.O. Box 30016</i> <i>New Orleans, La.</i>
	<input type="checkbox"/> Re-vaccination done Revaccination faite		
	<input type="checkbox"/> Other done Autre faite		
	<input type="checkbox"/> None done Aucun faite		
	<input type="checkbox"/> Unknown done Inconnu faite		

**THE VALIDITY OF THIS CERTIFICATE shall extend for a period of 3 years, beginning 9 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 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'élargit pour une période de trois ans commençant huit jours après la date de la pré-
scription d'un vaccin contre la varolio ou, dans le cas d'une revaccination, la date de cette revaccination.

Le timbre approuvé mentionné ci-dessus doit être dans un format prescrit par l'administration de la santé du pays où le vaccin
est effectué. (Aux États-Unis en particulier, ce sera celui de l'État, ou l'agent de santé ou de santé publique de la zone où le
vaccinateur exerce la médecine, ou l'unité de vaccination désignée par le Département de la Défense, d'un centre dédié au vaccination contre la varolio, ou
une autre unité de la Santé Publique des États-Unis, ou le timbre spécial "S-C" approuvé par ce service.)
Toute correction ou réécriture sur ce certificat ou l'effacement ou l'omission d'une section du même peut atténuer sa
validité.

If unsuccessful, vaccination must be repeated and a new certificate issued.
Si la vaccination n'a pas pris, il faudra revacciner et un nouveau certificat sera alors émis.

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FEVER JAUNE

This is to certify that:
Jo annedoid(c) certifie que

MM

(c) to

whose signature follows
dont le signature suit:

date of birth

(d) to

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever,
a old vaccine(s) or revaccine(s) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Date	Signature and photographic status of vaccinator Signature et état photographique du vaccinateur	Office and location number of vaccine unit or number of center	Official name of vaccinating center Nom officiel du centre de vaccination

VACCINATING CENTER
CENTRE DE VACCINATION

ADDRESS **CITY - STATE** **STATE - STATE**

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 that center is situated.

**THE VALIDITY OF THIS CERTIFICATE shall extend for a period of 6 years, beginning 10 days
after the date of vaccination (See table, page 27, 1960 ed., or, in the event of a revaccination, within
such period of 6 years, from the date of that revaccination).**

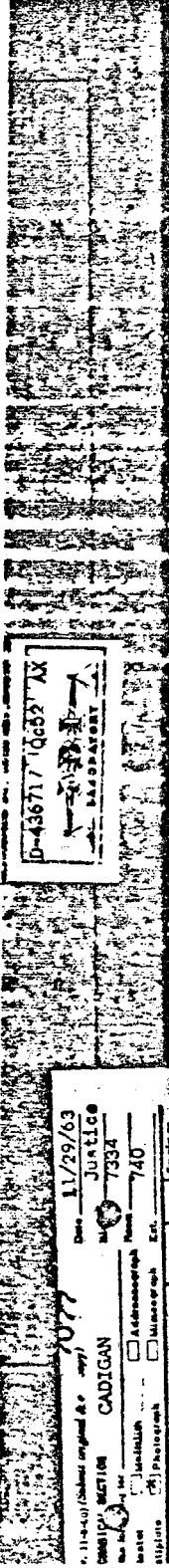
Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it
invalid.

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 nommé par l'administration de la santé dans le pays où se trouve cet atelier.

LA VALIDITÉ DE CE CERTIFICAT s'élargit pour une période de six ans commençant dix jours après la date de la vaccination
(Voir tableau, page 27, 1960 édition, ou, dans le cas d'une revaccination, au cours de cette période de six ans, à la date de cette revaccination).

Toute correction ou réécriture sur ce certificat ou l'effacement ou l'omission d'une section du même peut atténuer sa
validité.

RE ISSUED **RE-ISSUED**



11/29/63
Justice
N° 7334
740
CADIAGAN
ADDRESS
MAILING
PHOTOGRAPH
STAMP

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST CHOLERA CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LE CHOLERA																																																													
<p>This is to certify that Je (successively) certifie que I have signed following dont la signature suit He was vaccinated or revaccinated against cholera a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre le cholera à la date indiquée Date _____ Signature, professional status, and address of vaccinator Nom _____ Nom, qualité professionnelle, et adresse du接种者 Approved stamp Cachet d'autorisation </p>																																																													
<p>11/27/63 CADIGAN JUSTICE</p> <p><input type="checkbox"/> I have a copy of my passport. <input type="checkbox"/> I have a copy of my vaccination card.</p> <p>D-43674 10c52 FAX</p>																																																													
<p>THE VALIDITY OF THIS CERTIFICATE shall extend for a period of 5 months, beginning 5 days after the first injection of the vaccine or, in the event of a revaccination within such period of 5 months on the date of that revaccination. (In the United States two injections are given for the initial series.) The approved stamp mentioned above must be in a form prescribed by the health administrative authorities of the country in which the vaccination is performed. (In the United States, it shall be that of the local or State health department of the area to which the immunizing physician, (political), 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 alteration of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.</p> <p>LA VALIDITÉ DE CE CERTIFICAT couvre une période de six mois commençant 5 jours après la première injection de vaccin ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de six mois, le jour de cette revaccination. (Aux États-Unis deux injections sont données aux séries initiales.) Le cachet d'autorisation ci-dessus doit être conforme au modèle prescrit par l'autorité administrative de territoire ou le ministère où effectuée. (Aux États-Unis en casque dont l'armée du Service d'Hygiène de l'état, ou la ville ou le comté ou le district ou subdivision ou Département de la Défense, d'un centre désigné de vaccination contre la fièvre jaune, ou l'armée du Service de la Santé Publique des États-Unis, ou le cachet spécial "S-C" approuvé par ce dernier.) Toute corruption ou retouche sur ce certificat ou l'érassement d'une quelconque des mentions qui le composent peut affirmer sa nullité.</p>																																																													
<p>OTHER IDENTIFICATIONS (Type, Name-Prescription, Page, Volume, etc.) AUTRES IDENTIFICATIONS (Type, Nom original et prescription, Page, Volume, etc.)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Number</th> <th>Date</th> <th>Name</th> <th>Physician's signature—Signature du médecin</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Number	Date	Name	Physician's signature—Signature du médecin																																																								
Number	Date	Name	Physician's signature—Signature du médecin																																																										
<p style="text-align: right;"> INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION AS APPROVED BY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION UNIVERSITY INTERNATIONAL DE VACCINATION APPROUVE PAR LA CONFÉDÉRATION MONDIALE DE LA SANTE CONFEDERATION MONDIALE DE LA SANTE SREE H. OSWALD Lee H. Oswald L.H. Oswald L.H. Oswald </p>																																																													
<p>U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE PUBLIC HEALTH SERVICE</p>																																																													

