

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST CHOLERA
 CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LE CHOLÉRA

This is to certify that
 Je soussigné(e) certifie que
 whose signature follows
 dont la signature suit
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against cholera.
 a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre le choléra à la date indiquée

Date	Signature, professional status, and address of vaccinator Signature, qualité professionnelle, et adresse du vaccinateur	Approved stamp Cachet d'authentification

THE VALIDITY OF THIS CERTIFICATE shall extend for a period of 6 months, beginning 8 days after the first injection of the vaccine or, in the event of a revaccination within such period of 6 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 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 vaccination is performed; in 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 couvre une période de six mois commençant six jours après la première injection de vaccin ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de six mois, à partir de cette revaccination. (Aux États-Unis deux injections sont données aux séries initiales.)

Le cachet d'authentification doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée. (Aux États-Unis, ce cachet doit être celui du Service d'Hygiène de l'État, ou le sien ou le modèle de la vaccination centre le Service de Santé Publique des États-Unis, ou le timbre spécial "S-C" approuvé par ce service.)

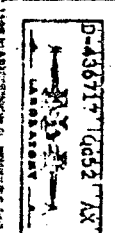
Toute correction ou retranchement au certificat ou l'effacement d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

OTHER VACCINATIONS (Typhoid, Pertussis-Pneumonia, Plague, Tetanus, etc.)

AUTRES VACCINATIONS (Typhus, Fièvre typhoïde et paratyphoïde, Peste, Tétanos, etc.)

Vaccine	Date	Date	Physician's signature—Signature du médecin

Subject required to use only
 NATION CADIGAN
 11/29/63
 JUDGE
 7324
 740



INTERNATIONAL CERTIFICATES OF VACCINATION
 AN APPROVED BY
 THE WORLD HEALTH ORGANIZATION
 APPROUVÉ PAR
 L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

LEE H. OSWALD
 M.D.
 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE
 PUBLIC HEALTH SERVICE