

INTERNATIONAL CERTIFICATE* OF VACCINATION AND PROPHYLAXIS

МІЖНАРОДНЕ СВІДОЦТВО* ПРО ВАКЦИНАЦІЮ/ПРОФІЛАКТИКУ

This is to certify that [name].....

Цим засвідчується, що громадянин
(прізвище, ім'я по батькові)

date of birth..... sex.....

(дата, місяць, рік народження) (стать) (громадянство)

nationality.....

national identification document, if applicable

.....
(національний ідентифікаційний документ, у разі застосування)

whose signature follows

чий підпис наведено в

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis
against: (name of disease or condition)

був вакцинований або одержав засіб профілактики проти

in accordance with the International Health Regulations.

(назва хвороби або стану)

згідно з Міжнародними медико-санітарними правилами.

Vaccine or prophylaxis Назва вакцини або засобу профілактики	Date Дата	Signature and professional status of supervising clinician Підпис та посада лікаря-клініциста, що здійснює контроль	Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Найменування виробника та номер партії вакцини або засобу профілактики	Certificate valid from: until: Свідоцтво дійсне з ____ ____ 20__ р. по ____ ____ 20__ р.	Official stamp of the administering centre Офіційна печатка закладу, в якому проведена процедура
1.					
2.					
3.					
4.					

Requirements for validity

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.

This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

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

The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Вимоги щодо чинності

Це свідоцтво є чинним лише у разі використання вакцини чи інших профілактичних засобів, схвалених Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Це свідоцтво повинно бути підписано власноруч лікарем або уповноваженим медичним працівником, який здійснює нагляд за введенням вакцини чи інших профілактичних засобів, та завірено печаткою закладу охорони здоров'я. Разом з тим, така печатка закладу охорони здоров'я не може замінити зазначений власноручний підпис.

Внесення будь-яких змін, доповнень або виправлень до цього свідоцтва, а також наявність незаповнених граф може призвести до втрати ним чинності.

Це свідоцтво є чинним на період дії введеної вакцини чи іншого профілактичного засобу. Свідоцтво повинно бути повністю заповнене англійською або французькою мовами. Дозволяється заповнення свідоцтва іншими мовами на додаток до англійської або французької мов.