

# CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION AU VACCIN DE LA FIÈVRE JAUNE

YELLOW FEVER CONTRAINDICATION VACCINE CERTIFICATE

CERTIFICADO SOBRE LA CONTRAINDICACIONES

DE LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Date/Fecha : \_\_\_\_\_

Nom/Name/Nombre : \_\_\_\_\_

Adresse/Adress/Dirección : \_\_\_\_\_

À qui de droit,

Je, soussigné, médecin, certifie que la personne mentionnée ci-dessus ne peut recevoir le vaccin contre la fièvre jaune. La présence d'importantes contre-indications médicales à la vaccination justifie notre décision de ne pas la vacciner.

To whom it may concern,

I, the undersigned physician, certify that the person mentioned above cannot receive the yellow fever vaccination because of an important medical contraindication.

A quien corresponda,

Yo, el médico infrascrito, certifica que la persona nombrada no puedo recibir la vacuna contra la fiebre amarilla. Contraindicaciones médicas importantes justifican nuestra decisión de no vacunarla.

Nom du physicien/Physician's name/Nombre del médico :

\_\_\_\_\_

Signature/Signature/Firma :

\_\_\_\_\_