

Certificate of Oral Polio Vaccination for international travelers

(Valid for one year from date of vaccination)

شهادة لقاح شلل الأطفال الفموي للمسافرين الدوليين

(صالحة لمدة سنة واحدة من تاريخ التلقيح)

Name: _____ Sex: _____
(الاسم) (الجنس)

Passport No. _____ Date of Birth\Age: _____
(رقم جواز السفر) (تاريخ الميلاد/السن)

Address: _____
(العنوان)

Date of Vaccination (تاريخ التلقيح)	Name of Manufacturer (اسم المصنع)	Batch number of vaccine (رقم دفعة التلقيح)	Name, signature and stamp of designated officer (اسم و توقيع و ختم المسؤول المعني)