

GESUNDHEITSZEUGNIS / HEALTH CERTIFICATE CERTIFICAT MÉDICAL / CERTIFICADO DE SALUD

Name / Name / Nom / Apellido

Geburtsdatum / Date of birth /
Date de naissance/ Fecha de nacimiento

Geburtsort / Place of birth /
Lieu de naissance / Lugar de nacimiento

Adresse / address / adresse / dirección

Reisepass-Nr. / Passport No. / Passeport No / Pasaporte No.

Deutsch: Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person gegen
COVID-19 (SARS-CoV-2) geimpft wurde.

English: This is to certify that the person above has been vaccinated against COVID-19.

Français: Ceci est pour certifier que la personne ci-dessus a été vaccinée contre le COVID-19.

Español: Esto es para confirmar que la persona nombrada anteriormente ha sido vacunada contra COVID-19.

Name	Hersteller	Datum	Datum
Name / Nom / Apellido	Manufacturer / Fabricant / Fabricante	Date / Date / Fecha	Date / Date / Fecha
Impfstoff Vaccine / Vaccin / Vacuna			

Stempel / Stamp / Cachet / Cuño

Ort / Place / Fait à / Lugar

Datum / Date / Date / Fecha

Unterschrift / Signature / Signature / Firma