|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название медицинской организации, адрес, телефон, штамп | | |
| Медицинское заключение  о допуске к занятиям физической культурой (в том числе в организациях), к участию в массовых спортивных соревнованиях, к занятиям спортом на спортивно-оздоровительном этапе спортивной подготовки, к выполнению нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" | | |
| Фамилия |  |  |
| Имя |  |  |
| Отчество |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Серия и номер удостоверения личности, дата выдачи, название выдавшего органа |  |  |
|  |
| По результатам медицинского осмотра  ДОПУЩЕН  (вычеркнуть лишнее)  - к занятиям физической культурой (в том числе в организациях)  - к участию в массовых спортивных соревнованиях  - к занятиям спортом на спортивно-оздоровительном этапе спортивной подготовки  - к выполнению нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне"  Ограничения физических нагрузок: (ДА/НЕТ)  Описать:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Дата выдачи медицинского заключения |  |  |
| Медицинское заключение действительно |  | до |
| Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| Подпись |  | Фамилия, инициалы |
| Печать врача  Печать медицинской организации |  |  |