|  |
| --- |
| Название медицинской организации, адрес, телефон, штамп |
| Медицинское заключениео 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 осмотраДОПУЩЕН(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 врачаПечать медицинской организации |  |  |