\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес, телефон)

Медицинское заключение

о допуске либо о наличии медицинских противопоказаний к занятиям физической культурой (в том числе организациях), массовым спортом, к занятиям спортом на спортивно-оздоровительном этапе спортивной подготовки, выполнению нормативов испытаний (тестов) Всероссийского

физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»

Выдано о том, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДОПУЩЕН(а) к занятиям физической культурой (в том числе организациях), массовым спортом, к занятиям спортом на спортивно-оздоровительном этапе спортивной подготовки, выполнению нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»

НЕ ДОПУЩЕН(а) в связи с наличием медицинских противопоказаний

(ненужное зачеркнуть)

Функциональная группа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать группу)

Медицинская группа для занятий физической культурой:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать группу для несовершеннолетнего и совершеннолетнего)

Медицинское заключение действительно до «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность врача, выдавшего заключение) (подпись) (фамилия, и.о.)

М.П.(печать врача, выдавшего справку)

Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Подпись заведующего отделением/председателя врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (печать медицинской организации)

\*Медицинское заключение выдается на основании результатов диспансеризации или профилактического медицинского осмотра, а также углубленного медицинского осмотра (для лиц, занимающихся спортом). Результаты диспансеризации или профилактического медицинскогоосмотра годны в течении 1 года со дня его прохождения. Срок действия медицинского заключения – 1 год со дня выдачи.