С П Р А В К А

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В том, что он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. прошёл(а) медицинское

обследование, необходимое для занятия спортом.

Заключение терапевта: соматическая патология (Выявлена), (Не выявлена)

*(нужное подчеркнуть)*

Противопоказания к занятиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Выявлены), (Не выявлены)

*(указать вид спорта) (нужное подчеркнуть)*

Справка дана для предоставления в администрацию ОУ

Справка действительна до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(треугольная печать (личная печать врача)

медицинского учреждения)

С П Р А В К А

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В том, что он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. прошёл(а) медицинское

обследование, необходимое для занятия спортом.

Заключение терапевта: соматическая патология (Выявлена), (Не выявлена)

*(нужное подчеркнуть)*

Противопоказания к занятиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Выявлены), (Не выявлены)

*(указать вид спорта) (нужное подчеркнуть)*

Справка дана для предоставления в администрацию ОУ

Справка действительна до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(треугольная печать (личная печать врача)

медицинского учреждения)

С П Р А В К А

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В том, что он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. прошёл(а) медицинское

обследование, необходимое для занятия спортом.

Заключение терапевта: соматическая патология (Выявлена), (Не выявлена)

*(нужное подчеркнуть)*

Противопоказания к занятиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Выявлены), (Не выявлены)

*(указать вид спорта) (нужное подчеркнуть)*

Справка дана для предоставления в администрацию ОУ

Справка действительна до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(треугольная печать (личная печать врача)

медицинского учреждения)