**Медицинское заключение несовершеннолетнего/совершеннолетнего лица для занятий спортом**

Выдано _____Детская поликлиника БУ «Радужнинская городская больница»_____ ___
(полное наименование медицинской организации)

_____
( фамилия, имя, отчество, дата рождения)

Перечень врачей специалистов для прохождения медицинского осмотра:

1.Травматолог-ортопед _____ _____

2.Хирург _____ _____

3.Невролог _____ _____

4.Отоларинголог _____ _____

5.Офтальмолог _____ _____

6.Дерматовенеролог _____ _____

7.Педиатр _____ _____

(при отсутствии специалиста в медицинском учреждении заключение ставит участковый врач – педиатр при наличии осмотра в ф-112/у)

о том, что ДОПУЩЕН (а) / НЕ ДОПУЩЕН (а) (ненужное зачеркнуть) к занятиям спортом: _____
(название вида спорта)

Медицинское заключение действительно в течение календарного года

_____/_____/_____

(должность врача, выдавшего заключение) (подпись) (фамилия, И.О.)

Дата выдачи «____» _____20___г.

М.П. (печать врача, выдавшего справку)

М.П. (печать медицинской организации)