

БУ «Радужнинская
городская больница»
Детская поликлиника

**Медицинский осмотр лица, желающего заниматься физической культурой и (или)
выполнять нормативы испытаний (тестов) комплекса ГТО**

Вид спорта _____

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Домашний адрес: _____

Антропометрия _____

Оценка уровня физического развития

ОАК _____

ОАМ _____

ЭКГ _____

Ортопед _____

Невролог (педиатр)(все виды борьбы, бокс) _____

Психиатр (все виды борьбы, бокс) _____

Дерматолог (плавание) _____

Отоларинголог _____

Офтальмолог _____

Педиатр _____

Допущен(а) (не допущен(а)) по результат медицинского осмотра _____

К тренировочным мероприятиям _____

К участию в спортивных соревнованиях _____

К участию в физкультурных мероприятиях _____

К выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО _____

Дата выдачи _____

Медицинское заключение действительно до: _____

Врач, выдавший заключение _____

М.П.