

БУ «Радужнинская  
городская больница»  
Детская поликлиника

**Медицинское заключение  
о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях  
(тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях),  
мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов)  
Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса  
«Готов к труду и обороне» (ГТО)»**

Реестровый номер заключения \_\_\_\_\_

**Фамилия** \_\_\_\_\_

**Имя** \_\_\_\_\_

**Отчество (при наличии)** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_

**Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена)** \_\_\_\_\_

**Дата выдачи, название выдавшего органа** \_\_\_\_\_

**Название мероприятия** \_\_\_\_\_

**Вид спорта (при наличии)** \_\_\_\_\_

**Спортивная дисциплина (при наличии)** \_\_\_\_\_

**Этап спортивной подготовки (при наличии)** \_\_\_\_\_

**По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского  
обследования**

**ДОПУЩЕН**

**комиссией (вычеркнуть лишнее)**

- к тренировочным мероприятиям
- к участию в спортивных соревнованиях
- к участию в физкультурных мероприятиях
- к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО

Ограничения, в том числе физических нагрузок, сроки ограничений: (ДА/НЕТ)

Описать: \_\_\_\_\_

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

**Дата выдачи медицинского заключения** \_\_\_\_\_

**Медицинское заключение действительно до (указать дату)** \_\_\_\_\_

Подпись    Фамилия, инициалы

**Врач, выдавший заключение** \_\_\_\_\_

М.П.