

Штамп медицинского учреждения

**СПРАВКА**

Выдана \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

/указать; допущен (а) по состоянию здоровья к оздоровительному плаванию в бассейне  
по группе А, по группе В/

ПЕЧАТЬ ВРАЧА

Терапевт \_\_\_\_\_

Справка действительна до « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Врач \_\_\_\_\_

(треугольная печать медицинского учреждения)  
печать врача)

(подпись,

Если врачом не указан срок действия справки, то  
медицинская виза ставится на 3 (три) месяца.