……………………………………….

Штамп 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)

ЭКГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заниматься** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **не противопоказано**

(указать вид спорта)

Справка дана для предоставления в администрацию спортивного учреждения

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

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

(треугольная печать (личная печать врача)

медицинского учреждения)

очник информации: <http://alfa-form.ru/>