

ШТАМП МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ,
ПОЛИКЛИНИКИ

Медицинское заключение
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе
для занятий физической культурой

Выдано _____

(полное наименование медицинской организации)

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дательном падеже, дата рождения)

о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой (ненужное зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой: _____

(указывается в соответствии с [приложением N 3](#) к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних)

_____ (должность врача, выдавшего заключение)

_____ (подпись)

_____ (И.О. Фамилия)

М.П.

КРУГЛАЯ ПЕЧАТЬ
МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ,
ПОЛИКЛИНИКИ

Дата выдачи " ____ " _____ 20__ г