Приложение 2

Штамп медицинского учреждения  **С П Р А В К А**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдана Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В том, что он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. прошёл(а) медицинское обследование, необходимое для занятия спортом.

Заключение педиатра: 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)