

Штамп медицинского учреждения

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дано _____
ф.и.о., год рождения

В том, что он(а) «___» _____ 20__ г. прошёл(а) медицинское
обследование, необходимое для занятий спортом.

Заключение терапевта: соматическая патология **Выявлена, Не выявлена**
(нужное подчеркнуть)

Противопоказания к занятиям _____ **Выявлены, Не выявлены**
(указать вид спорта / нужно подчеркнуть)

ЭКГ _____

Заниматься _____ не противопоказано
(указать вид спорта)

Справка дана для предоставления в администрацию спортивного учреждения

Справка действительна до «___» _____ 20__ г.

М.П.
(треугольная печать)

Врач _____
(личная печать врача)