

(форма)

\_\_\_\_\_

(название медицинской организации)

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации \_\_\_\_\_, электронная почта (e-mail) \_\_\_\_\_

### Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Реестровый номер заключения \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Реестровый номер лица (спортсмена) \_\_\_\_\_

Дата выдачи, название выдавшего органа \_\_\_\_\_

Название мероприятия: \_\_\_\_\_

Вид спорта: **спортивная гимнастика**

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

#### **ДОПУЩЕН**

комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к тренировочным мероприятиям
- к участию в спортивных соревнованиях
- к участию в физкультурных мероприятиях
- к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО

Ограничения, в том числе физических нагрузок, сроки ограничений: (ДА/НЕТ)

Описать: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата выдачи медицинского заключения \_\_\_\_\_

Медицинское заключение действительно до (указать дату **дд.мм.гггг**) \_\_\_\_\_

Ответственное лицо медицинской организации \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись    Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации