

(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