

(наименование учреждения здравоохранения)

_____ (адрес)

Медицинское заключение
о состоянии здоровья и о допуске к занятиям физической культурой,
массовым видам спорта и к выполнению норм Всероссийского
физкультурно- спортивного комплекса ГТО

ФИО _____

Дата рождения _____

Дата прохождения профилактического осмотра _____

Группа здоровья _____

Физкультурная группа _____

Допущен /не допущен (нужное подчеркнуть) к выполнению норм Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса (если не допущен, указать диагноз по МКБ)

Медицинский работник, выдавший справку _____
(должность, подпись)

Дата выдачи справки _____

МП

Справка действительна 1 год