

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О
ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО К
МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ**

Выдано _____

(полное наименование медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дателном падеже, дата рождения)
о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям физической культурой (ненужное
зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для
занятий физической
культурой (ненужное зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

(указывается в соответствии с приложением N 3 к Порядку проведения профилактических
медицинских осмотров несовершеннолетних)

(должность врача, выдавшего заключение)

(подпись)

(И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи " ____ " _____ 20__ г.