

Название медицинской организации, штамп  
Телефон, электронная почта

Медицинское заключение о группе здоровья

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Название мероприятия (при наличии) \_\_\_\_\_

Вид спорта (при наличии) \_\_\_\_\_

По результатам профилактического медицинского осмотра/диспансеризации  
установлена группа здоровья: \_\_\_\_\_

ДОПУЩЕН

- к тренировочным мероприятиям

- к участию в спортивных и физкультурных мероприятиях

- к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО

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

Медицинское заключение действительно до (указать дату) \_\_\_\_\_

Врач, выдавший заключение \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_

Печать врача