

Название медицинской организации, штамп  
 Телефон, электронная почта

Медицинское заключение  
 о допуске к участию в физкультурных и спортивных  
 мероприятиях (учебно-тренировочных мероприятиях и спортивных  
 соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов  
 испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного  
 комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО) "

Регистровый номер заключения \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_  
 Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Регистровый номер лица (физкультурника, спортсмена) \_\_\_\_\_

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

Название мероприятия \_\_\_\_\_

Вид спорта (при наличии) \_\_\_\_\_

Спортивная дисциплина (при наличии) \_\_\_\_\_

Этап спортивной подготовки (при наличии) \_\_\_\_\_

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

ДОПУЩЕН  
 комиссией (вычеркнуть лишнее)

— к учебно-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) \_\_\_\_\_

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

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации