\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование учреждения здравоохранения)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(адрес)*

**Медицинское заключение**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО\*\* | Дата\*\*  рождения | Группа здоровья | Допущен/не допущен |
| 1. 1 |  |  |  |  |
| 1. 2 |  |  |  |  |
| 1. 3 |  |  |  |  |
| 1. 4 |  |  |  |  |

Медицинский работник, выдавший справку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, подпись)*

Дата выдачи справки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

\*Справка действительна 1 год

\*\*-представляется организацией, сдающей комплекс ГТО