

Название медицинской организации, штамп

Телефон, электронная почта

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

Реестровый номер заключения заполняется врачом

Фамилия **Иванов**  
Имя **Иван**  
Отчество (при наличии) **Иванович**  
Дата рождения **01.01.1990**  
Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) **прочерк**  
Дата выдачи, название выдавшего органа **заполняется врачом**  
Название мероприятия \_\_\_\_\_  
Вид спорта (при наличии) **Велосипедный спорт - шоссе до 150-200 км**  
Спортивная дисциплина (при наличии) **прочерк**  
Этап спортивной подготовки (при наличии) **прочерк**  
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

**ДОПУЩЕН**  
комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к 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: **Если есть ограничения, то вписать**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата выдачи медицинского заключения **01.05.2026**  
Медицинское заключение действительно до (указать дату) **01.10.2026**

Ответственное лицо медицинской организации \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации

