

(форма)

Наименование и адрес медицинской организации
в пределах места нахождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя
и адрес осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный номер
(Основной государственный регистрационный номер
индивидуального предпринимателя)

**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)»**

Реестровый номер медицинского заключения _____ заполняется врачом _____
Фамилия Иванов
Имя Иван
Отчество (при наличии) Иванович
Дата рождения 01.01.1990
Реестровый номер лица (спортсмена) (при наличии) прочерк
Название мероприятия _____
Вид спорта Велосипедный спорт - трек
Спортивная дисциплина прочерк
Этап спортивной подготовки (при наличии) прочерк
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования
ДОПУЩЕН
(указать необходимое)
к учебно-тренировочным мероприятиям допущен
к участию в спортивных соревнованиях допущен
к участию в физкультурных мероприятиях допущен
к выполнению комплекса ГТО допущен
Ограничения, в том числе физических нагрузок: (ДА/НЕТ)
Срок ограничения: прочерк
Описать ограничения: Если есть ограничения, то вписать
Дата выдачи « 01 » сентября 20 26 г.
Медицинское заключение действительно до « 01 » марта 20 27 г.
Должность лица, выдавшего заключение заполняется врачом

_____/_____
Подпись /фамилия, имя, отчество (при наличии)

Печать медицинской
организации
(при наличии)

