

(наименование учреждения здравоохранения)

\_\_\_\_\_

(адрес)

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

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Дата прохождения профилактического осмотра \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_  
(первая, вторая, третья)

Медицинская группа \_\_\_\_\_  
(основная, подготовительная, специальная)

Допущен / не допущен (нужное подчеркнуть) к занятиям физической культурой, массовым  
видам спорта и к выполнению норм Всероссийского физкультурно-спортивного  
комплекса ГТО (если не допущен, указать диагноз по МКБ)

\_\_\_\_\_

Медицинский работник, выдавший справку \_\_\_\_\_  
(должность, ФИО, подпись)

\_\_\_\_\_

Дата выдачи справки \_\_\_\_\_

МП

Справка действительна 1 год