Место для штампа

медицинского учреждения

**С П Р А В К А**

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
В том, что он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. прошёл(а) медицинское  
  
обследование, необходимое для занятия спортом.  
  
Заключение терапевта: соматическая патология **Выявлена, Не выявлена**  
(нужное подчеркнуть)  
Противопоказания к занятиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Выявлены, Не выявлены**  
(указать вид спорта / нужное подчеркнуть)  
ЭКГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Заниматься \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не противопоказано  
(указать вид спорта)  
  
Справка дана для предоставления в администрацию спортивного учреждения  
  
Справка действительна до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
  
М.П. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(треугольная печать) (личная печать врача)