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)