

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
"БРЮХОВЕЦКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**
Ленина ул., д. 72 ст. Брюховецкая
Краснодарский край, 352750
тел.: 8 (86156) 5-00-33 доб. 1010
E-mail: crbbrh@miackuban.ru
ОГРН 1022303522691 ИНН 2327001905

**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 _____
Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения _____
Серия и номер удостоверения личности (свид. о рождении, паспорт) _____
Дата выдачи, название выдавшего органа _____
Название мероприятия _____
Вид спорта (при наличии) _____
Спортивная дисциплина (при наличии) _____
Этап спортивной подготовки (при наличии) _____
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: _____

Дата выдачи медицинского заключения _____
Медицинское заключение действительно до (указать дату) _____

Врач по спортивной медицине _____

Ответственное лицо медицинской организации _____ / _____ /
Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации