

*Приложение N 4
к Порядку проведения
профилактических медицинских
осмотров несовершеннолетних,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. N 514н*

Форма

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО К МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Выдано _____

(полное наименование медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дательном падеже,
дата рождения)

о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям
физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с
ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий
физической
культурой (ненужное зачеркнуть). Медицинская группа для занятий
физической культурой:

(указывается в соответствии с приложением N 3 к Порядку
проведения профилактических медицинских осмотров
несовершеннолетних)

(должность врача, выдавшего заключение)

(подпись)

(И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи " ____ " _____ 20__ г.