

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.