

Наименование организации

Форма 1 здр/у-10

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья**

Дана _____
(фамилия, имя собственное, отчество)

Дата рождения _____
(число, месяц, год)

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Место жительства _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)

Заполняется с указанием аллергологического анамнеза

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее)

-сведения из карты профилактических прививок с указанием вакцинаций и даты их проведения с рождения, включая реакцию Манту;

-результаты рентгенофлюорографического обследования органов грудной клетки;

-результаты осмотров врачей (педиатра, терапевта, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, гинеколога) с указанием диагноза, даты осмотра, подписи и личной печати врача;

-результаты обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи) с указанием даты и результатов проведения исследования.

Заключение: **Годеи к обучению по специальностям: техническая эксплуатация оборудования, эксплуатация и ремонт автомобилей. Слесарь МСР, слесарь по ремонту автомобилей, слесарь-ремонтник.**

медицинская группа для занятий физической культурой

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

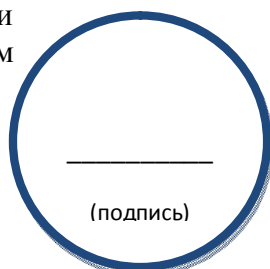
Срок действия справки _____

Врач _____

(подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением,
председатель комиссии)



_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Внимание!

Обратите внимание, что для придания документу юридической силы необходимо наличие обязательных для данного вида документа реквизитов: углового штампа и гербовой печати (печати «для справок», «для справок и больничных листов») учреждения здравоохранения. Кроме того, в справке должны быть указаны результаты осмотра врачей-специалистов, заверенные их личными подписями и печатями, иные данные в соответствии с п. 15 Инструкции, а также врачебное профессионально-консультативное заключение **с указанием конкретных специальностей**, по которым абитуриенту не противопоказано обучение в ПТО, ССУЗ, и медицинская группа для занятий физической культурой.

ОБРАЗЕЦ