

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: технологическое оборудование машиностроительного производства, технологическое оборудование машиностроительного производства (производственная деятельность). Техник-механик, мехатроник, наладчик станков и манипулятор с ПУ, оператор станков с программным управлением.**

**медицинская группа для занятий физической культурой**

Рекомендации \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки \_\_\_\_\_

Срок действия справки \_\_\_\_\_

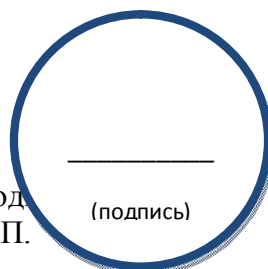
Врач \_\_\_\_\_

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Руководитель организации  
(заведующий структурным  
подразделением,  
председатель комиссии)

(под  
М.П.



(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