**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](https://base.garant.ru/71748018/5da741911cf9399494368b18de80fbe8/#block_13000) к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность врача, выдавшего заключение) (подпись) (И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.