

Штамп учреждения

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о допуске к занятиям физической культурой и спортом

Дана _____
(Ф.И.О. возраст)

Педиатр/терапевт: группа здоровья соответствует/не соответствует

группе здоровья 1Д _____

Результаты ЭКГ _____
(указать отсутствие или наличие патологий)

Допущен/не допущен (нужное подчеркнуть) к тренировочным занятиям и соревнованиям по спортивной гимнастике

Справка действительна до _____ г.

М.П.
учреждения

Врач _____
(подпись, печать врача)