

**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 № 3 к Порядку проведения профилактических осмотров несовершеннолетних)

(должность врача, выдавшего заключение)

(подпись)

(И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.