**Справка**

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в том, что

Он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Прошел(ла) медицинское обследование, необходимое для участия в соревнованиях.

Заключение терапевта: соматическая патология выявлена, НЕ выявлена. (нужное подчеркнуть)

Противопоказания к занятиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выявлены, НЕ выявлены.

(Указать вид спорта)

Занимается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не противопоказано.

(указать вид спорта)

Обследуемый допущен к стандарту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Подпись врача

Справка действительна в течении 6 месяцев

**Справка**

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в том, что

Он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Прошел(ла) медицинское обследование, необходимое для участия в соревнованиях.

Заключение терапевта: соматическая патология выявлена, НЕ выявлена. (нужное подчеркнуть)

Противопоказания к занятиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выявлены, НЕ выявлены.

(Указать вид спорта)

Занимается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не противопоказано.

(указать вид спорта)

Обследуемый допущен к стандарту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Подпись врача

Справка действительна в течении 6 месяцев