

Направление на прохождения медицинского осмотра для допуска к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО)

## участковый педиатр/участковый терапевт (по возрасту)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Название спортивной организации/самостоятельные занятия \_\_\_\_\_

Название мероприятия \_\_\_\_\_

Вид спорта (при наличии) \_\_\_\_\_

Спортивная дисциплина (при наличии) \_\_\_\_\_

Этап спортивной подготовки (при наличии): спортивно-оздоровительный этап / этап начальной подготовки / тренировочный этап (спортивной специализации) / \_\_\_\_\_

Уровень обучения по дополнительным предпрофессиональным программам в области ФК и С : базовый уровень/углубленный уровень/ \_\_\_\_\_

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

установлено:

**Группа здоровья** \_\_\_\_\_

В случае установления 2,3,4 гр.зд. указать: диагноз, дату взятия на ДН, стадию, степень выраженности и индивидуальные особенности течения заболевания (частота обострений, дата последнего обострения).

**ФЛГ** (лицам, старше 15 лет) \_\_\_\_\_

**Группа для занятий физкультурой:** основная/подготовительная/специальная А, Б/подчеркнуть

**Ограничения** (в том числе физических нагрузок), обязательно указать сроки установленных ограничений: (ДА/НЕТ)

Описать: \_\_\_\_\_

Дата выдачи медицинского заключения \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы врача \_\_\_\_\_ подпись и печать врача \_\_\_\_\_

**Направлен:** осмотр врача по спортивной медицине

---