

С П Р А В К А

Штамп медицинского учреждения

Выдана _____
(фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

Диагноз _____

Перенесённые заболевания, травмы _____

ЭКГ _____

Состоит ли на ф.30 _____

Дерматолог _____

Анализ на энтеробиоз _____

Анализ на я/г _____

Заключение педиатра _____

_____ /указать: допущен (а) по состоянию здоровья к занятиям в спортивно-оздоровительной группе по плаванию/

Справка действительна до " ____ " _____ 20 __ года Врач _____

(треугольная печать медицинского учреждения)

(подпись, печать врача)

**Если врачом не указан срок действия справки,
то медицинская виза ставиться на 3 (Три) месяца.**