



Штамп медицинского учреждения

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Выдано гр. _____
(фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

врачом-терапевтом _____
(фамилия, имя, отчество врача полностью)

Дерматолог _____

в том, что по результатам медицинского освидетельствования, проведённого _____
(дата)

отсутствуют противопоказания

для занятий в тренажёрном зале

Справка действительна до " ____ " _____ 20__ года

М.П. Врач _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

(треугольная печать медицинского учреждения)

(личная печать врача)