

**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 N 3 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них)

_____ (должность врача, выдавшего заключение)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, и.о.)

М.П.

Дата выдачи " __ " _____ 20__ г.