

Название медицинской организации, штамп  
Телефон, электронная почта

Медицинское заключение  
о допуске 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)"

Реестровый номер заключения \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) \_\_\_\_\_

Дата выдачи, название выдавшего органа \_\_\_\_\_

Название мероприятия \_\_\_\_\_

Вид спорта (при наличии) \_\_\_\_\_

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

Этап спортивной подготовки (при наличии) \_\_\_\_\_

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования:

Группа здоровья: \_\_\_\_\_

ДОПУЩЕН КОМИССИЕЙ (вычеркнуть лишнее)

- к тренировочным мероприятиям  
\_\_\_\_\_
- к участию в спортивных соревнованиях  
\_\_\_\_\_
- к участию в Физкультурных мероприятиях  
\_\_\_\_\_
- к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО  
\_\_\_\_\_

Ограничения, в том числе физических нагрузок, сроки ограничений: (ДА/НЕТ)

Описать: \_\_\_\_\_

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

Медицинское заключение действительно до (указать дату) \_\_\_\_\_

Ответственное лицо медицинской организации \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации