ГБУЗ КО «Кемеровский центр лечебной физкультуры
и спортивной медицины»

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выдано _____ _____
фамилия имя отчества дата рождения

в том, что он (а) прошел медицинское обследование по программе углубленного медицинского обследования и осмотрен (а) врачами специалистами:

Педиатр/терапевт (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача, **штамп поликлиники**)

Травматолог-ортопед (годен/не годен)_____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Хирург (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Невролог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Оториноларинголог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Кардиолог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача

Гинеколог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Уролог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача**, штамп поликлиники**)

Дерматовенеролог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная подпись врача, **штамп поликлиники**)

Стоматолог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная подпись врача**, штамп поликлиники**)

Офтальмолог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Врач спортивной медицины (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

По состоянию здоровья противопоказаний не имеет и допущен (а) к прохождению спортивной подготовки по виду
спорта_____

М.П. Главный врач _____

Дата выдачи медицинского заключения «____» _____20___г.

ГБУЗ КО «Кемеровский центр лечебной физкультуры
и спортивной медицины»

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выдано _____ _____
фамилия имя отчества дата рождения

в том, что он (а) прошел медицинское обследование по программе углубленного медицинского обследования и осмотрен (а) врачами специалистами:

Педиатр/терапевт (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача**, штамп поликлиники**)

Травматолог-ортопед (годен/не годен)_____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Хирург (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Невролог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Оториноларинголог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Кардиолог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача

Гинеколог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Уролог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача, **штамп поликлиники**)

Дерматовенеролог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача ,**штамп поликлиники**)

Стоматолог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача, **штамп поликлиники**)

Офтальмолог (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

Врач спортивной медицины (годен/не годен) _____
(дата, подпись врача, личная печать врача)

По состоянию здоровья противопоказаний не имеет и допущен (а) к прохождению спортивной подготовки по виду
спорта_____

М.П. Главный врач _____

Дата выдачи медицинского заключения «____» _____20___г.