**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](#Par545) 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.