

**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 № 3 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних)

\_\_\_\_\_  
(должность врача, выдавшего заключение)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.