

Название медицинской организации, штамп  
Телефон, электронная почта

**Медицинское заключение  
о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях  
(учебно-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

**ДОПУЩЕН**  
комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к учебно-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