**Приложение N 2  
к**[**Приказу**](http://base.garant.ru/19528200/)**министерства по физической  
культуре и спорту Ростовской области  
и министерства здравоохранения  
Ростовской области  
от 28.08.2015 N 35-ИВС/1343**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Штамп медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Медицинское заключение о допуске к выполнению нормативов ВФСК ГТО | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Выдано |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество в дательном падеже, дата рождения) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| о том, что он (она) прошел(а) медицинский осмотр в | | | | | | | | | |  | | | | 20 |  | г. |
|  | | | | | | | | | | (указать месяц) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "Допущен" / "не допущен" к выполнению нормативов ВФСК ГТО | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (нужное подчеркнуть) | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Группа состояния здоровья | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Медицинская группа для занятий физической культурой | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Результаты дополнительного медицинского осмотра | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (по показаниям) | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Действительно в течение одного года с момента прохождения медицинского осмотра. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | |  |  | | | | | |
| (должность врача, выдавшего заключение) | | | | | | | (подпись) | | | | (фамилия, имя, отчество) | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата выдачи " | |  | " |  | | | | | 20 |  | | | г. | | | |
| М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | |