Название медицинской организации, штамп

Телефон, электронная почта

**Медицинское заключение**

о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях

(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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дано: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Фамилия, Имя, Отчество)

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): НП, ТЭ, ССМ

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

**ДОПУЩЕН / НЕ ДОПУЩЕН**

комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к 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: тренировки по общему плану

Дата выдачи медицинского заключения "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

Медицинское заключение действительно до "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

Ответственное лицо медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись Фамилия, инициалы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Печать медицинской организации