

Название медицинской организации,
адрес, телефон, ШТАМП

Форма N 086/у Утверждена
приказом
Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N _____
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
3. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____
4. Место учебы, работы _____
5. Перенесенные заболевания _____
6. Профилактические прививки _____
7. Объективные данные и состояние здоровья:
Врач-терапевт _____
Врач-хирург _____
Врач-невролог _____
Врач-оториноларинголог _____
Врач-офтальмолог _____
Данные флюорографии _____
Данные лабораторных исследований _____

Иные специалисты: _____

8. Заключение о профессиональной пригодности **Годе н к обучению по специальности
49.02.01 «Физическая культура»**

Дата выдачи справки:
" ____ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку _____

Подпись врача _____

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации _____

Подпись _____

МП (печать мед.организации)

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.