

**БУЗ ВО «Вологодский областной врачебно-физкультурный диспансер»**

Тел. +7 (8172) 54-54-78, vovfd@bk.ru

**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 \_\_\_\_\_ БУЗ ВО «ВОВФД»

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