

**Медицинское заключение  
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе  
для занятий физической культурой**

Выдано

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дательном падеже,  
дата рождения)

\_\_\_\_\_ о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а))  
к занятиям физической культурой (ненужное зачеркнуть) без  
ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для  
занятий физической культурой (ненужное зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

\_\_\_\_\_ (указывается в соответствии с приложением N 3 к Порядку прохождения  
несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в  
образовательные учреждения и в период обучения в них)

\_\_\_\_\_ (должность врача, выдавшего заключение)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, и.о.)

М.П.

Дата выдачи " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.