

**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 (не нужно зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

\_\_\_\_\_  
(указывается в соответствии с приложением № 3 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, и.о.)

М.П.

Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**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 (не нужно зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

\_\_\_\_\_  
(указывается в соответствии с приложением № 3 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, и.о.)

М.П.

Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.