

Штамп ЛПУ

## ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Для набора в секцию \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Осмотр узкими специалистами

Специалист	Диагноз	Допуск к занятиям в секции
Отоларинголог		
Офтальмолог		
Ортопед		
Невролог		
Кардиолог (ЭКГ)		
Общий анализ крови		
Общий анализ мочи		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии здоровья и годности к занятиям в секции \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись участкового врача \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

М.П.

ООО «Партнер Филон и партнеры»: г.Самара, тел. 5-67-15, e-mail: aas\_sam@mail.ru