

! При себе иметь медицинский полис, свидетельство СНИЛС, паспорт, **сертификат о профилактических прививках**

Институт _____

Учебная группа _____

Врачебно-контрольная карта физкультурника

Ф.И.О. _____

Пол: _____

Дата рождения: _____

Домашний адрес: _____

		Дата осмотра
Терапевт	Жалобы	
	Верхние дыхательные пути	
	Легкие	
	Сердце	Границы
Поперечник		
Аускультация		
Невролог	Нервная система	
	Мочеполовая система	
	Хирург	
Офтальмолог	Органы зрения	
Лор	Органы слуха	
	Флюорография	
	Эндокринолог	
	Стоматолог	
	Уролог	
	Гинеколог	

Заключение _____

Печать мед. учреждения

Заключение

Выдано _____ в том, что он (она) _____ к занятиям физической культурой без ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой. Присвоена Медицинская группа для занятий физической культурой: _____

МП

Врач _____

*В соответствии с п.19 (приложение 3 п. 7-10) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020 г. №1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурной и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию физкультурных и спортивных мероприятиях»

Заполненную врачебно-контрольную карту физкультурника отдать своему преподавателю физической культуры на первом занятии в ИРНИТУ!