

Наименование организации _____

Форма 1 здр/у-10

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья**

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Аллергологический анамнез _____

Осмотрен на педикулез и чесотку (дата) _____

Вес _____ Рост _____ АД _____ Группа здоровья _____

Группа по физкультуре _____

Дополнительные медицинские сведения:

Осмотр окулиста _____

Осмотр невролога _____

Осмотр логопеда _____

Осмотр хирурга _____

Осмотр педиатра _____

Заключение _____

Рекомендации по режиму _____ питанию _____

закаливанию _____

рассаживанию в классе _____

Заключение о готовности ребенка к обучению в общеобразовательном (дошкольном)

учреждении _____

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки (шесть месяцев, один год) _____

Врач _____
(подпись)

(инициалы, фамилия)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением,
председатель комиссии) _____
(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.