

Название медицинской организации, штамп

Телефон, электронная почта

**Медицинское заключение  
о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях  
(тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях  
по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского  
физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»**

**Реестровый номер заключения** \_\_\_\_\_

**Фамилия** \_\_\_\_\_

**Имя** \_\_\_\_\_

**Отчество (при наличии)** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_

**Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена)** \_\_\_\_\_

**Дата выдачи, название выдавшего органа** \_\_\_\_\_

**Название мероприятия** \_\_\_\_\_

**Вид спорта (при наличии)** \_\_\_\_\_

**Спортивная дисциплина (при наличии)** \_\_\_\_\_

**Этап спортивной подготовки (при наличии)** \_\_\_\_\_

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

**ДОПУЩЕН**  
комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к тренировочным мероприятиям
- к участию в спортивных соревнованиях
- к участию в физкультурных мероприятиях
- к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО

Ограничения, в том числе физических нагрузок, сроки ограничений: (ДА/НЕТ)

Описать: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата выдачи медицинского заключения \_\_\_\_\_

Медицинское заключение действительно до (указать дату) \_\_\_\_\_

Ответственное лицо медицинской организации \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации