

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**  
**(врачебное профессионально-консультативное заключение)**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

1. Выдана \_\_\_\_\_

наименование и адрес учреждения, выдавшего справку

2. Наименование учебного заведения, куда предоставляется справка  
ГБПОУ СК «Ставропольское училище олимпийского резерва (техникум)» СУОР \_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) \_\_\_\_\_

4. Пол \_\_\_\_\_ 5. Дата рождения \_\_\_\_\_

6. Адрес местожительства \_\_\_\_\_

7. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

педиатр \_\_\_\_\_

детский хирург \_\_\_\_\_

невропатолог \_\_\_\_\_

детский стоматолог \_\_\_\_\_

детский уролог-андролог (для юношей) \_\_\_\_\_

детский эндокринолог \_\_\_\_\_

невролог \_\_\_\_\_

травматолог-ортопед \_\_\_\_\_

офтальмолог \_\_\_\_\_

отоларинголог \_\_\_\_\_

акушер-гинеколог (для девушек) \_\_\_\_\_

психиатр подростковый \_\_\_\_\_

9. Данные лабораторных исследований:

общий анализ крови \_\_\_\_\_

общий анализ мочи \_\_\_\_\_

10. Электрокардиография с физической нагрузкой \_\_\_\_\_

11. УЗИ сердца с доплером \_\_\_\_\_

12. Флюорография (с 15 лет) \_\_\_\_\_

13. Профилактические прививки с рождения по настоящее время (указать дату, серию, результат)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Диаскин тест за 2025 год \_\_\_\_\_

15. Врачебное заключение о профессиональной пригодности \_\_\_\_\_

Подпись лица, заполнившего справку \_\_\_\_\_

Подпись главного врача лечебно-профилактического учреждения \_\_\_\_\_

М П