

*Печать поликлиники*

Наименование организации

Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА  
о состоянии здоровья

Дана \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)  
Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

Цель выдачи справки *Для поступления в вуз*  
Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) \_\_\_\_\_

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) \_\_\_\_\_

Заключение *Годен для обучения по специальности...*  
*Медицинская группа для занятий физкультурой*

Рекомендации \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки *xx.xx.xxx*

Срок действия справки *6 месяцев*

Врач (секретарь комиссии) \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

Руководитель организации  
(заведующий структурным подразделением,  
председатель комиссии) \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

М.П.