Министерство труда, занятости и социальной защиты

ГАПОУ«Елабужский политехнический колледж»

|  |  |
| --- | --- |
| М | Ж |

Место

для фото

3×4

отметить крестиком

 **Медицинская справка № \_\_\_\_\_\_\_**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

1. Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (№ поликлиники, здравпункта)

1. Фамилия, имя, отчество студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Год, число и месяц рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Место учебы **ГАПОУ** «Елабужский политехнический колледж»
3. Номер учебной группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Дом./тел. \_\_\_\_\_\_\_\_ конт./тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные исследования:

1. Заключение терапевта (педиатра) о возможности посещать занятия физической культуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Медицинская группа: *основная, подготовительная, специальная* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (написать)

Врач, выдавший справку \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись Ф.И.О.

М.П.

Министерство труда, занятости и социальной защиты

ГАПОУ «Елабужский политехнический колледж»

|  |  |
| --- | --- |
| М | Ж |

|  |  |
| --- | --- |
| М | Ж |

Место

для фото

3×4

отметить крестиком

 **Медицинская справка № \_\_\_\_\_\_\_**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

1. Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (№ поликлиники, здравпункта)

1. Фамилия, имя, отчество студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Год, число и месяц рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Место учебы **ГАПОУ** «Елабужский политехнический колледж»
3. Номер учебной группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Дом./тел. \_\_\_\_\_\_\_\_ конт./тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные исследования:

1. Заключение терапевта (педиатра) о возможности посещать занятия физической культуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Медицинская группа: *основная, подготовительная, специальная* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (написать)

Врач, выдавший справку \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись Ф.И.О.

М.П.