Для объединений туристско- краеведческой

и физкультурно- спортивной направленности

необходимо предоставление медицинского допуска (по форме).

**Директору МОУ ДОД «КРЦДОД»**

**Н. В. Ярцевой**

**Медицинское заключение от врача (справка)**

**о состоянии здоровья ребенка**

**и заключение о возможности заниматься в объединениях**

**дополнительного образования по избранному профилю.**

Муниципальное образовательное учреждение дополнительного образования детей

«Корткеросский районный центр дополнительного образования детей» запрашивает

сведения на учащегося\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса

Ф. И. О.

Школы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные данные и состояние здоровья на момент проверки

К занятиям в объединении «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

допускается/ не допускается (нужное подчеркнуть)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место печати Подпись врача /расшифровка подписи/