

Название медицинской
организации, штамп,
телефон, электронная
почта

Приложение N 4 к Порядку
проведения профилактических
медицинских осмотров
несовершеннолетних, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации от 10 августа 2017 г.
N 514

**Медицинское заключение
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе
для занятий физической культурой**

Выдано _____
(полное наименование медицинской организации)

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в даттельном падеже, дата рождения)

о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям
физической культурой без ограничений (с ограничениями)
(ненужное зачеркнуть)

В
соответствии с медицинской группой для занятий физической
культурой.

Группа здоровья (основание: Приложение N Пр. МЗ РФ от 23 октября
2020 г. N 1144н): _____

Медицинская группа для занятий физической культурой:

_____ (указывается в соответствии с [приложением N 3](#) к Порядку проведения профилактических медицинских
осмотров несовершеннолетних)

_____ (должность врача, выдавшего заключение) _____ (подпись) _____ (И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи " ____ " _____ 20__ г.