

**Приложение 10**  
*Рекомендуемая форма*

Штамп медицинской организации

Медицинское заключение

Дано \_\_\_\_\_

*ФИО полностью*

Дата рождения \_\_\_\_\_

В том, что он(она) прошел(ла) углубленное медицинское обследование (в соответствии с Приказом МЗ РФ № 134н от 01.03.2016) и по состоянию здоровья допускается к тренировочным занятиям и участию в соревнованиях по хоккею сроком до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ года.

Дата выдачи заключения

Подпись и личная печать врача

Печать медицинской организации