

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