**Штамп**

**мед. учреждения**

**СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

 Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в том, что он (а) может заниматься в учреждении

 (фамилия, имя ребёнка, возраст)

дополнительного образования детей по избранному профилю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать инструмент)

Противопоказаний нет.

 **МП врача**

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( подпись врача) (расшифровка подписи)

**Штамп**

**мед. учреждения**

**СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

 Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в том, что он (а) может заниматься в учреждении

 (фамилия, имя ребёнка, возраст)

дополнительного образования детей по избранному профилю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать инструмент)

Противопоказаний нет.

 **МП врача**

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( подпись врача) (расшифровка подписи)

**Штамп**

**мед. учреждения**

**СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

 Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в том, что он (а) может заниматься в учреждении

 (фамилия, имя ребёнка, возраст)

дополнительного образования детей по избранному профилю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать инструмент)

Противопоказаний нет.

 **МП врача**

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( подпись врача) (расшифровка подписи)