

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**  
**(врачебное профессионально-консультативное заключение)**

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Профилактические прививки (сертификат/копия) \_\_\_\_\_

Антропометрия: рост \_\_\_\_\_ вес \_\_\_\_\_

**Объективные данные и состояние:**

<i>специалист</i>	<i>дата осмотра</i>	<i>диагноз</i>	<i>заключение</i>	<i>печать / подпись врача</i>
Врач-хирург				
Врач-невролог				
Врач-оториноларинголог				
Врач-офтальмолог (острота зрения, состояние глазного дна)				
Врач-кардиолог				
Врач-гинеколог (для девочек) Врач-уролог (для мальчиков)				
Врач-стоматолог				

**Данные лабораторных исследований:**

- Клинический анализ крови \_\_\_\_\_
- Биохимический анализ крови (включая АЛТ, АСТ, щелочную фосфатазу, глюкозу, холестерин, триглицериды, креатинин) \_\_\_\_\_
- Клинический анализ мочи \_\_\_\_\_

**Функциональная диагностика:**

- ЭКГ \_\_\_\_\_
- Узи сердца / ЭхоКГ \_\_\_\_\_

Данные флюорографии (с 15 лет) \_\_\_\_\_

Сертификат прививок \_\_\_\_\_

ЗАКЛЮЧЕНИЕ педиатра/терапевта о профессиональной пригодности, группа здоровья, физкультурная группа: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача, выдающего медицинскую справку \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки: \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**Ф.И.О. Главного врача медицинской организации** \_\_\_\_\_

**Подпись** \_\_\_\_\_

**М.П.**