**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)