Полное наименование медицинской организации

_____

_____

_____

Адрес места нахождения медицинской организации

_____

_____

(штамп медицинской организации)

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Фамилия, имя, отчество _____

_____

Дата рождения:_____

Место регистрации: _____

_____

_____

_____

Перенесенные заболевания:_____

_____

_____

_____

Профилактические прививки:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Сведения о прохождении предыдущего медицинского осмотра, медицинского обследования *с указанием врачей специалистов и даты осмотра*_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Врач-психиатр _____

Данные флюорографии_____

Данные лабораторных исследований_____

_____

_____

_____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Годен/ не годен к обучению в КГБ ПОУ

(нужное подчеркнуть)

«Комсомольский-на-Амуре колледж технологий и сервиса»

_____

_____

_____

(если «не годен» - указать причину)

Дата выдачи справки: _____

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку_____

_____

Подпись врача_____

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации_____

_____

Подпись врача_____

МП