

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» по профессии(ям):
Горничная, Швея, Повар, Столяр строительный, Рабочий по комплексному
обслуживанию и ремонту зданий, Укладчик-упаковщик

*(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