

Наименование медицинской организации _____
Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация _____
Адрес _____
Учетная форма № 086/у _____

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № _____
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

3. Место регистрации:
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____
улица _____ дом _____
квартира _____

4. Место учебы, работы _____ КГБОУСУВУ «Уральское подворье»

5. Перенесенные заболевания _____

6. Профилактические прививки _____

Нарколог (Монастырская 95б)

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-педиатр _____

Врач-хирург _____

Врач-невролог _____

Дерматолог _____

Врач-оториноларинголог (для ПМПК) _____

Врач-офтальмолог (для ПМПК) _____

Психиатр (для ПМПК) _____

ДСТ (манту) _____

Данные флюорографии _____

Данные лабораторных исследований _____

8. Заключение о профессиональной пригодности _____

группа по физкультуре _____

штамп педиатра

Дата выдачи справки:

М.П. *медучреждения*

«___» _____ 20___ г.

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку _____

Подпись врача _____

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации _____

Подпись _____

М. П.

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.