

Наименование организации
**наименование
учреждения
здравоохранения**

Форма 1 здр/у-10

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья**

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер: **1011205E123PВ0**

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров,
обследований, сведения о профилактических прививках и прочее) _____

Заключение **Годен для обучения по специальности: Микробиология,
Экология, Природоведческое образование**

должны быть указаны ВСЕ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки **1 год**

Врач-специалист (секретарь комиссии) _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Руководитель организации (заведующий структурным подразделением
(обособленным структурным подразделением), председатель комиссии)

**круглая
печать
поликлиники**

(подпись)
**печать
Главврача
или его
заместителя**

(инициалы, фамилия)