ГБУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»
440000, Пензенская область, г. Пенза, ул. Володарского д. 34
mail@csportmed.ru т. (8412)46-99-78

Медицинское заключение о допуске спортсменов спортивной команды к участию в спортивном мероприятии

Реестровый номер заключения _____

Название спортивной команды _____

Спортивная организация _____

Вид спорта/спортивная дисциплина _____

Количество спортсменов _____

N п/п	Фамилия Имя Отчество (при наличии отчества)	Дата рождения	Реестровый номер спортсмена	Реестровый номер индивидуального медицинского заключения	допущен / не допущен

Дата выдачи медицинского заключения _____ М.П.	Ответственное лицо медицинской организации _____/_____/ Подпись Фамилия, инициалы