

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N ____
(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 _____

5. Перенесенные заболевания _____

6. Профилактические прививки _____

7. Объективные данные и состояние здоровья:
Врач-терапевт _____
Врач-хирург _____
Врач-невролог _____
Врач-оториноларинголог _____
Врач-офтальмолог _____
Данные флюорографии _____
Данные лабораторных исследований _____

8. Заключение о профессиональной пригодности _____

Дата выдачи справки:

" ____ " _____ 20 ____ г.

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

Подпись врача _____

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации _____

Подпись _____

МП

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.