

Штамп  
ЛПУ

**Карта дополнительного медицинского осмотра  
для занятий физкультурой в организациях  
(врач-терапевт, врач-педиатр территориальной поликлиники)**

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (возраст)

1.Дата проведения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра: \_\_\_\_\_

По результатам выявлено:

- Группа здоровья: \_\_\_\_\_

- Группа для занятий физкультурой: \_\_\_\_\_

2.Рост: \_\_\_\_\_

3.Вес: \_\_\_\_\_

4.Тип телосложения: \_\_\_\_\_

5.Уровень физического развития: \_\_\_\_\_

6.Уровень полового развития

(формула): \_\_\_\_\_

7.ЭКГ (дата, заключение – не менее 1 года) \_\_\_\_\_

8.Результаты нагрузочных проб: \_\_\_\_\_

**Заключение:**

Функциональная группа: \_\_\_\_\_

Дополнительная информация (при отнесении ко 2-й, 3-й, 4-й функциональным группам): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись врача, выдавшего заключение)

Печать врача