ЗАЯВКА

на участие в сдаче нормативов

Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса

«Готов к труду и обороне»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Наименование учебного заведения)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения (д.м.г.) | УИН (id) номер в АИС ГТО | Название общеобразовательной организации (в соответствии с Уставом) | Виза врача  допущен*.*  *подпись врача. дата. печать напротив каждого участника соревнований* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

Допущено к Фестивалю комплекса ГТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучающихся.  *(прописью)*

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *(подпись) (ФИО)*

Руководитель учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП *(подпись, Ф.И.О.)*

Ф.И.О. руководителя делегации (полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(штамп с названием

медицинской организации)

**СПРАВКА-ДОПУСК**

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

в том, что он (она) по состоянию здоровья и физической подготовке допускается к сдаче нормативов комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (подпись, заверенная

личной печатью врача)

М.П. Дата выдачи «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

*Алгоритм получения справки:*

1. *Обращение к участковому врачу* 
   1. *Если 1 группа – выдача справки допуска*
   2. *Если требуются дополнительные обследования – выдача направления в Центр мед профилактики*