СПРАВКА

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО спортсмена, дата рождения)

вид спорта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_этап спортивной подготовки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в том, что он(а) по результатам углубленного медицинского обследования

(\_\_\_\_\_\_\_ дата УМО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(допущен, не допущен – нужное вписать)

к соревнованиям по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид спорта, сроки соревнований, место соревнований)

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи (ФИО врача)

(подпись)

Личная печать врача Печать лечебного учреждения