**Форма № 083/4-89 медицинской справки в бассейн:**

……………………………………….. Приложение к приказу
  Департамента здравоохранения от 06.02.96 № 65
………………………………………..
Штамп медицинского учреждения

**С П Р А В К А**

Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(ф.и.о. полностью, год рождения)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
/указать: допущен (а) по состоянию здоровья к оздоровительному плаванию в бассейне по группе А, по группе В/
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
/ печать врача /
Анализ на энтеробиоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дерматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Справка действительна до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
м.п. (подпись, печать врача)

(треугольная печать учреждения)
*Если врачом не указан срок действия справки, то срок её действия три месяца*

**Медицинская справка в бассейн в свободной форме:**

**С П Р А В К А**

Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(ф.и.о. полностью, год рождения)

в том, что он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г. прошёл(ла) медицинское обследование в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование медицинского учреждения)

необходимое для посещения бассейна.

Заключение дерматолога: от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г. – кожные покровы чистые.

Заключение терапевта: Практически здоров(ва)
- анализ кала на яйца глист от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г. – отрицательный;
- соскоб на энтеробиоз от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г. – отрицательный.

Заниматься оздоровительным плаваньем не противопоказано.

Справка дана для предъявления в бассейн.
м.п. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  (подпись врача)
Справка действительна до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

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