

**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.