

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА****(врачебное профессионально – консультативное заключение)**

заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие учебные заведения, техникумы, средне-специальные учебные заведения, профессионально-технические, технические училища; на подростков, поступающих на работу

Выдана \_\_\_\_\_  
наименование и адрес учреждения, выдавшего справку

Наименование учебного заведения, работы, куда представляется справка  
**ГПОУ «Кузнецкий металлургический техникум» им. Бардина И.П.**

Специальность/профессия **15.02.10 Мехатроника и робототехника (по отраслям)**

Фамилия, имя, отчество абитуриента \_\_\_\_\_

Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв \_\_\_\_\_

Перенесённые заболевания \_\_\_\_\_

Профилактические прививки \_\_\_\_\_

**Объективные данные и состояние здоровья**

Дата прохождения		
	Терапевт	
	Хирург	
	Психиатр	
	Нарколог	
	Невропатолог	
	Отоларинголог	
	Окулист:	
	-острота зрения правого глаза	
	-острота зрения левого глаза	
	дерматолог	

Данные флюорографии \_\_\_\_\_

физкультурная группа \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

Заключение о профессиональной пригодности \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Ф.И.О. врача заполняющего справку \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. главного врача медицинской организации \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

М.П.

**Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи**